

TARTU ÜLIKOOL

Majandusteaduskond

Tiina Tisler

**VAIMSE TERVISE TEENUSTE KÄTTESAADAVUS  
PSÜÜHIKAHÄIRETEGA VÄLISMAALASTELE EESTIS**

Magistritöö ärijuhtimise magistrikraadi taotlemiseks strateegilise juhtimise erialal

Juhendaja: dotsent Kaia Philips

Tartu 2019

Suunan kaitsmisele .....

(juhendaja allkiri)

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

.....

(töö autori allkiri)

## SISUKORD

SISSEJUHATUS.....	5
1. PSÜÜHIKAHÄIRETEGA INIMESTELE SUUNATUD VAIMSE TERVISE TEENUSED NING NENDE KÄTTESAADAVUST MÕJUTAVAD TEGURID.....	8
1.1. Psüühikahäiretega inimesed ja nende osalemine ühiskondlikus elus .....	8
1.2. Vaimse tervise teenused eri teenustasandite lõikes.....	13
1.3. Vaimse tervise teenuste pakkumisega seotud väljakutsed arenenud riikides .....	20
2. VAIMSE TERVISE TEENUSTE KÄTTESAADAVUS EESTIS VÄLISMAALASTELE NING ETTEPANEKUD TEENUSTE KÄTTESAADAVUSE PARENDAMISEKS .....	30
2.1. Vaimse tervise teenuste süsteem Eestis ja välismaalastele teenuste osutamisega seonduv .....	30
2.2. Välismaalastele vaimse tervise teenuste kättesaadavuse uuringu metoodika .....	39
2.3. Vaimse tervise teenuste kättesaadavusega seonduvad probleemid välismaalaste puhul.....	43
2.4. Ettepanekud parandamiseks vaimse tervise teenuste kättesaadavust välismaalastele .....	56
KOKKUVÕTE.....	61
VIIDATUD ALLIKAD .....	66
LISAD .....	75
Lisa 1. Magistritöös kasutatavad põhimõisted .....	75
Lisa 2. Psüühikahäirete esinemine Euroopas .....	76
Lisa 3. Ravi kättesaadavus Euroopas .....	77

Lisa 4. Sotsiaalkaitse põhiosade ülevaade, tervishoiu korralduse baasalused .....	78
Lisa 5. Regulatsioonid ja tegelik praktika vaimse tervise teenuste kättesaadavusel...	79
Lisa 6. Sisseränne Eestisse .....	80
Lisa 7. Vaimse tervise teenustega seotud indikaatorid .....	82
Lisa 8. Vaimse tervise valdkonna institutsionaalne kokkupuutumus Eestis .....	84
Lisa 9. Ankeetküsitlusega edastatud küsimused .....	85
Lisa 10. Poolstruktureeritud intervjuu plaan/kava ja küsimused .....	90
Lisa 11. Kliendi teenusele jõudmise protsess hoolekandenasutuses.....	91
Summary .....	92

## SISSEJUHATUS

Eesti ühiskond ja rahvastikupilt on viimastel aastatel mitmekesisistunud tänu töö- ja õpiälasele sisserändele ning kasvav immigratsioon Euroopas toob ka Eestisse aina enam sisserännanuid. Eesti peab tagama esmase sotsiaalse kaitse riigis viibivatele välismaalastele<sup>1</sup>, sh on igal Eestis viibival isikul õigus saada vältimatut abi erinevate terviseprobleemide korral. Kui füüsiliste terviseprobleemide korral on abi kättesaadav, siis vaimse tervise probleemide korral jääb abi tihti kättesaamatuks. Ilmselt suureneb lähiajal nende välismaalaste hulk veelgi, kes mingil eluetapil vajavad professionaalset abi vaimse tervise probleemide tõusetumisel. Maailma Terviseorganisatsiooni 2013-2020 vaimse tervise tegevusplaani kohaselt ilmneb 25%-l inimestest mingil eluperioodil vaimse tervise häireid (Mental health ... 2013). Kui vaimse tervise probleemiga inimene saab vajalikku tähelepanu ja abi, saab ta iseseisvalt ja suurepäraselt ühiskonnas hakkama, sh õpib, töötab, osaleb huvitegevustes, ning on seeläbi igati võrdväärne ühiskonna liige. Paraku on Eesti praegune olukord selline, et vaimse tervise teenused ei ole võõrkeelsele psüühikahäirega inimesele kättesaadavad, rääkimata nende emakeeles teenindamisest (Bogdanov *et al.* 2012). Töö autor oli aastatel 2011-2019 Tallinna Vaimse Tervise Keskuse juhtkonna liige ja uurimust ajendas tegema asutuse sisuline vajadus tõusetunud probleemidest töös võõrkeelsete klientidega kasvava nõudluse oludes. Magistritööga soovitakse leida põhjused, miks psüühikahäiretega välismaalastel on raskusi teenustele jõudmisel, millised teenused välismaalastele on kättesaadavad ning milliste kitsaskohtade ja takistustega teenusepakkujad kokku puutuvad. Töö keskendub vaimse tervise valdkonna strateegilisele vaatele.

---

<sup>1</sup>Sotsiaalseadustiku üldosa seaduses (RT I, 30.12.2015, 3) sätestatud õigused ja kohustused ning õigus sotsiaalkaitsele laieneb Eestis elavale Eesti kodanikule, pikaajalise või tähtajalise elaniku elamisloa, alalise või tähtajalise elamisõiguse alusel Eestis elavale välismaalasele, Eestis viibivale rahvusvahelise kaitse saajale või varjupaigataotlejale välismaalasele rahvusvahelise kaitse andmise seaduses sätestatud tingimustel.

Magistritöö eesmärgiks on analüüsides vaimse tervise teenuste kättesaadavusega tõusetuvaid probleeme välismaalaste puhul teha ettepanekuid süsteemi parendamiseks teenustasandite lõikes. Teenustasanditena on vaatluse all ravi, hoolekande, tervishoiu esmatasand ja eneseabitasand. Käesolevas töös ei käsitleta välismaalastena Eestis alaliselt elavaid vene keelt kõnelevaid inimesi, kuna neile on teenused suures osas kättesaadavad. Samuti ei käsitleta vaimupuudega inimeste problemaatikat.

Magistritöö eesmärgi saavutamiseks on püstitatud järgmised uurimisülesanded:

- Selgitada sotsiaalse kaitse põhimõtteid Euroopas ja Eestis. Tuvastada, millised kohustused on riikidel inimeste, sh psüühikahäiretega välismaalaste abistamisel.
- Analüüsida, kuidas on Euroopa riikides korraldatud psüühikahäiretega välismaalastele teenuste tagamine ja milline on teiste riikide kogemus tõusetunud kitsaskohtadest antud sihtgrupiga töös teenuste kättesaadavuse vaates.
- Selgitada välja Eestis pakutavad teenused psüühikahäiretega välismaalastele, teenusepakujate valmisolek teenindada välismaalastest patsiente/kliente, sh tuvastada, millistes keeltes on täna võimekust välismaalasi teenindada ja millistes keeltes nähakse vajadust teenuste osutamiseks tulevikus.
- Leida peamised takistused psüühikahäiretega välismaalaste teenindamisel teenuste, töötajate ja seadusest tulenevate väljakutsete vaates.
- Jõuda tõusetunud probleemidest ettepanekuteni, mis võiksid tagada tulevikus parema teenuste kättesaadavuse välismaalastele.

Teoreetilises osas antakse ülevaade psüühikahäiretest ja nende esinemisest maailmas, psüühikahäiretest tingitud mõjudest inimesele, tema lähikondsetele ning ühiskonnale. Tutvustatakse rahvusvaheliselt tunnustatud põhimõtteid psüühikahäiretega inimestele teenuste osutamisel eri teenustasanditel. Antakse ülevaade Euroopa sotsiaalse kaitse raamistikust, mille abil püütakse tagada teenuste kättesaadavust psüühikahäiretega välismaalastele. Tuuakse välja eri riikide kogemused ja probleemkohad, mis teenuste pakkumisel võorkeelsele sihtgrupile on kõige teravamad.

Empiirilises osas antakse ülevaade Eesti sotsiaalkaitse süsteemist ja erinevate institutsioonide rollist sotsiaalse kaitse tagamisel psüühikahäiretega inimestele. Uurimisprobleemi ulatuse tuvastamiseks kaardistatakse piirangud ja takistused olemasolevas

süsteemis, käsitletakse vaimse tervise probleemide ulatust ja psüühikahäiretest tingitud mõjutusi ühiskonnale, sh majandusele. Uuritakse, milliseid vaimse tervise teenuseid pakutakse Eestis välismaalastele, kas need on kättesaadavad teenuste eri tasanditel ning kuidas need tasandid on omavahel seostatud. Töö lõpus esitatakse ettepanekud, kuidas tõusetunud probleeme ja kitsaskohti saaks lahendada selliselt, et Eesti suudaks tagada minimaalselt vajalikul tasemel vaimse tervise teenuste kättesaadavuse psüühilise erivajadusega välismaalastele.

Teoreetiline osa baseerub vaimse tervise valdkonda reguleerivate normatiivaktide, aruannete ja uurimuste analüüsil. Lisaks kasutatakse erinevaid statistilisi andmeallikaid, et probleemi ulatuse, olemuse ja valitsevate trendide kohta selgust tuua. Empiirilise osa peamiseks sisenditeks on küsitlus hoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuste osutajate seas ning poolstruktureeritud intervjuud eri tasandi teenuste osutajatega. Hoolekandeteenuste süsteemi ilmestatakse Tallinna Vaimse Tervise Keskuse toimetamudelite abil.

Töö autor tänab intervjuude eest SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatriakliiniku (PERH) juhti Kaire Adamsood, esmaste psüühikooside integratiivravi osakonna juhatajat dr Erika Saluveeri, MTÜ Eesti Pagulasabi juhti Eero Jansonit ja Tallinna Vaimse Tervise Keskuse ekspertgrupi liikmeid Merike Maidot, Anu Rahu, Merle Tombergi, Monika Randa ja Evelin Varolit. Samuti avaldab autor siirast tänu oma juhendajale, Kaia Philipsile, kelle tähelepanekud ja soovitusel aitasid alati edasi nii, et töö sisuline väärtus sellest ainult kasvas.

Magistritöö märksõnad on: vaimse tervise teenused, psüühikahäirega inimesed, sotsiaalne kaitse, sisseandajad.

# **1. PSÜÜHIKAHÄIRETEGA INIMESTELE SUUNATUD VAIMSE TERVISE TEENUSED NING NENDE KÄTTESAADAVUST MÕJUTAVAD TEGURID**

## **1.1. Psüühikahäiretega inimesed ja nende osalemine ühiskondlikus elus**

Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument (2002) defineerib vaimset tervist<sup>2</sup> kui üldise tervise lahutamatu osa, mis peegeldab tasakaalu indiviidi ja keskkonna vahel. Maailma Terviseorganisatsioon (World Health Organization, edaspidi ka WHO) defineerib oma kodulehel<sup>3</sup> vaimset tervist kui heaolu seisundit, milles iga inimene mõistab oma potentsiaali, suudab toime tulla normaalse eluga, suudab töötada tulemuslikult ja anda oma osa ühiskonda täisväärtusliku liikmena. Hea üldine tervis on täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte ainult haiguse puudumine (vt ka lisa 1, kus on toodud magistritöös kasutatavate põhimõistete selgitused). Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (RHK-10) kohaselt koondavad psüühikahäired enda alla nii intellekti- ehk vaimupuude kui ka psüühilised haigused, mille all kannatavad normintellektiga inimesed.

Muutused inimese tunnetes, käitumises ja mõtlemises on mõjutatud kliinilisest seisundist ja võivad avalduda mitmesugusel moel - kulgeda väga raskelt, ilmnedagi lühiajaliselt või kesta ka kogu elu. Psüühiliste haiguste põhjused võivad olla nii bioloogilised, psühholoogilised kui ka sotsiaalsed ja avalduda omavahelises koosmõjus (vt joonis 1).

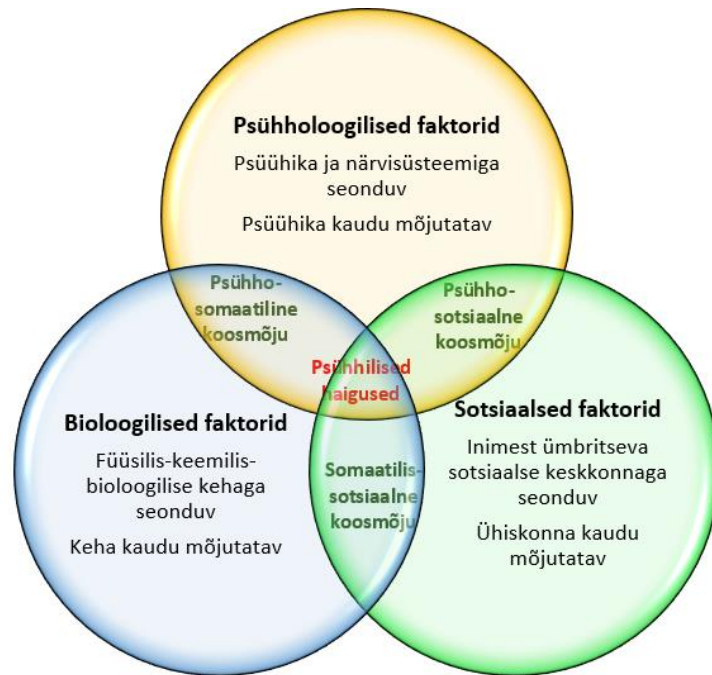
---

<sup>2</sup> Meditsiiniline sõnastik MediLexicon ([www.medilexicon.com](http://www.medilexicon.com)), mida haldab Suurbritannia ja mis on maailma suurim farmatseutiliste ja meditsiiniliste terminite andmebaas. Sellele tuginedes on vaimne tervis emotsionaalne, käitumuslik ja sotsiaalne küpsus või normaalsus, vaimse või käitumusliku häire puudumine, psühholoogilise heaolu seisund, kus on saavutatud nii enda kui ka oma sotsiaalse miljöö vastuvõetavate instinktiivsete ajamite rahuldav integreerimine, armastuse, töö ja vaba aja veetmise tasakaal.

<sup>3</sup> Vaimse tervise definitsioon WHO käsitluses [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)



Häirete avaldumisel on olulisteks teguriteks pärilikkus ja keskkond, kuid täpsed tekkepõhjused ei pruugi alati teada olla. (Brundtland 2001)



**Joonis 1.** Psüühilise haiguse tegurid ja omavaheline koosmõju  
Allikas: Brundtland 2001, autori koostatud.

Kui ebaharilik seisund on avaldunud korduvalt või muutunud püsivaks, põhjustades inimesele ja tema lähedastele kannatusi ning takistades ühiskonnas aktsepteeritud viisil toimimist, on põhjust pöörduda abi saamiseks spetsialistide poole (Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sisematerjalid). Levinuimad psüühikahäired<sup>4</sup> on meeleoluhäired (sh depressioon ja bipolaarne häire<sup>5</sup>), psühhootilised häired (sh skisofreenia) ja ärevushäired (sh paanikahäire, üldistunud ärevushäire, obsessiiv-kompulsiivne häire<sup>6</sup>, foobiad) (Tervise statistika ja ... 2019). Ajuhaiguste kõrval (nt skisofreenia) moodustavad suure osa häired, mis on omandatud psühholoogilistest mehhanismidest (nt sotsiaalfobia), orgaanilistest ja psühhoaktiivsetest ainetest<sup>7</sup> tingitult (Paavel *et al.* 2001).

<sup>4</sup> Meditsiinilise käsitluse aluseks on Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon RHK-10, vt Sotsiaalministeeriumi lehelt: [www.rhk.sm.ee](http://www.rhk.sm.ee).

<sup>5</sup> Bipolaarset häiret nimetati vanasti maniakaal-depressiivseks psühhoosiks.

<sup>6</sup> Obsessiiv-kompulsiivne häire on seotud liigse kontrollimisega. Häirega kaasnevad sundmõtted ja –teod, mis hakkavad segama kogu inimese ülejäänud elu. Sundmõtted võivad esineda ilma tegudeta. Meestel esineb häiret tunduvalt vähem kui naistel.

<sup>7</sup> Psühhoaktiivsed on ained, mis põhjustavad sõltuvust, nt alkohol, opiaadid (nt heroiin, morfiin), kokaiin ja teised stimulaatorid, hallutsinogeenid, nikotiin ja lenduvad lahused.

Erinevalt vaimupuudest on psüühikahäirest võimalik taastuda<sup>8</sup>, kuid haigusest taastumine ei tähenda üksnes haigussümptomite kadumist. Taastumise puhul räägitakse pigem haigusega heast toimetulekust, mil haiguse sümptomid on raviga kas kadunud või taandunud piisavalt selleks, et mitte segada inimese igapäevaelu olulisel määral. Inimene on õppinud vaatamata haigusele iseseisvalt toime tulema, elab mõtestatud ja tähendusrikast elu, kuid sellise edu saavutamiseks kasutatakse inimese toetamisel kindlaid seaduspärasusi ja põhimõtteid. Raskemate psüühiliste haiguste puhul on taastumine pikk protsess, mis võib mõnikord kesta aastaid. (Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sisematerjalid)

Vaimse tervise häirete suurusjärku on keeruline täpselt määratleda. WHO 2009. aastal avaldatud aruande kohaselt kannatas kogu maailma elanikkonnast u 450 miljonit inimest vaimse tervise häirete all. 10% täisealisest elanikkonnast kannatab psüühikahäirete all ja 25%-l elanikkonnast on esinenud vaimse tervise probleeme mingil ajahetkel nende elus, kuid ainult 40% juhtudest diagnoositakse ja ravitakse. Aruande kohaselt moodustasid vaimsed häired maailma üldisest haiguskoormusest u 13%. Aastaks 2030 prognoositakse haigestumiste kasvu 15% lähedale. (Improving... 2009)

Psüühikahäirete koormuse kohta Euroopas tuuakse välja, et täiskasvanud elanikkonnast vanuses 18-65 kannatab mõne vaimse tervise häire all 38,2% (aastal 2005 oli see arv 27,4%), kuid professionaalset abi on neist otsinud vaid 26% (Wittchen *et al.* 2011:655-679). Psüühikahäired esinevad igas riigis, nii meestel kui ka naistel, ja igas vanuses vaatamata sellele, kas ollakse heal või halval majanduslikul järjel, kas elatakse maal või linnas. Psüühikahäirete esinemine on naistel meestega võrreldes siiski sagedasem. Peamiseks haiguskoormuse põhjustajaks on psüühika- ja käitumishäired (depressioon 5,1% e 44,3 miljonit ja ärevushäired 4,3% e 37,3 miljonit inimest Euroopas), mida suures osas on võimalik ennetustegevusega vältida (Vos 2016:1545-1602). Haigestumiskordaja kõrval on suitsiidide arv teine indikaator, mille trende selles valdkonnas jälgitakse. Euroopa haigestumiste ja suitsiidide graafiline ülevaade on toodud lisas 2.

---

<sup>8</sup> Nõukogudeaegsetest arusaamadest liigutakse tänapäeval aina enam mõistmise suunas, et taastumine on võimalik.

Erinevatel kriisidel ühiskonnas on otsesed tagajärjed psüühikale. Kasvab alkoholi ja teiste meelemürkide tarvitamine ja sagenevad sellest tingitud surmad ning enesetapud. Taolisi majanduslangusest tingitud seoseid märkavad eelkõige tugevate sotsiaalkaitse- võrgustikega riigid. Wahlbek *et al.* (2012) uurimisgrupp tõdes, et heal sotsiaalkaitse- lisele järjel olevates riikides ei pruugi need mõjud avalduda tingimata majanduslanguse ajal. Ta nendib, et Soomes ja Rootsis jäi sügava majanduslanguse ja tööpuuduse kasvu perioodil tervishoiualane ebavõrdsus üldjoontes muutumatuks. Ka enesetappude arv vähenes, sest sotsiaalteenused ja toetused jäid püsima. Varem loodud tugev sotsiaalkaitse- line puhver on aluseks kriisiperioodil paremaks toimetulekuks, kuid madalama kaitsevõime- kusega riikides suureneb majanduskriiside ajal sotsiaalne ebavõrdsus. Järeldati, et neis riikides on enesetappude määra kasv otseses seoses riiklike sotsiaalkaitse- lise kulutuste vähendamisega.

Vaimse tervise probleemid võivad tekkida igas vanuses ning nad puudutavad kõiki elanikkonna kihte, sõltumata soost, haridustasemest, erialast, sissetulekust ja elamis- piirkonnast. Ühiskonnas toimuv avaldab mõju haigestumistele ja ka vastupidi, neil on selge omavaheline seos. Maailmas sagenevad konfliktid ja suurenev ränne lubavad eeldada, et haigestumisnäitajad kasvavad ajas veelgi.

Psüühikahäirete mõju ühiskonnale, sh majandusele, on pikaajaline. Psüühikahäired põhjustavad inimesele eemalejäämist ja isoleeritust ühiskonnast, ka kasvav stigmati- seerimine muudab psüühikahäiretega inimeste osalemise ühiskonnaelus ja igapäevase toimetuleku keeruliseks. Haigestumine põhjustab kulusid nii haigele endale, tema perele kui ka ühiskonnale tervikuna. Mõju on laiahaardeline ja hõlmab mitmesuguseid mõjutasandeid. Osa kuludest on selgelt määratletavad ja mõõdetavad, osa mitte. Kuna häiretest taastumine on pikk protsess, on ka mõjud pikaajalised. 2003. aastal kirjeldas WHO mudeli (vt joonis 2), mis käsitleb levinumaid ja mõõdetavaid mõjureid majandusele. (Jong-wook 2003)

Hästi mõistetava näitena võib tuua fakti, et depressiooni põdevate inimeste kulud tervishoiuteenustele on poole kõrgemad kui tavapatsientidel. Põhjuseks on asjaolu, et depressiooniga kaasnevad tihti ka muud psühho-somaatilised vaevused ja need inimesed lihtsalt kasutavad tervishoiusüsteemi aktiivsemalt (Henk *et al.* 1996: 899-904). Selge on see, et raskemate häirete puhul tekib püsiv töövõimetus, millega kaasneb ühiskonnale

püsiv hoolduskulu. Chisholm *et al.* (2016) leiab, et depressiooni ja ärevushäirete raviks kulutatud iga dollar toob majandusele tagasi neli dollarit. Seega panus tervena elatud aastatesse annab majandusele tagasi kordades rohkem.

	HOOLDUSKULUD	TOOTLUSE KULUD	MUUD KULUD
PSÜÜHIKA-HÄIRE ALL KANNATAJA	Ravi maksumus, Teenustasud	Töövõimetus, Kaotatud sissetulek	Meeleheide, Kannatused, Ravi kõrvalmõjud, Enesetapp
PEREKOND JA SÕBRAD	Mitteametlik hooldamine	Töölt puudumine	Meeleheide, Isolatsioon, Stigma
TÖÖANDJAD	Panus ravisse ja hooldusesse	Vähenenud tootlikkus	Kulutused asendaja leidmiseks, Saamatajäänud kasum
ÜHISKOND	Tervishoiuteenuste osutamine, Maksustamine, Kindlustus	Vähenenud tootlikkus	Kaotatud elud, Ravimata haigused, Sotsiaalne kõrvalejätus

**Joonis 2.** Psüühikahäiretest tingitud kulutasandid ja nende vahelised mõjud  
Allikas: Jong-wook 2003, autori koostatud.

Joonisel 2 toodud hoolduskulud on käsitletavad otsekuludena, mis on üsna hästi mõõdetavad. Ka osa tootluse kuludest on mõõdetavad, kuid ülejäänud kulud on kaudsed ja mitte nii hästi mõõdetavad. WHO raport 2017. aasta vaimse tervise valdkonna arengute kohta toob välja, et Euroopa riikidest Saksamaal ja Inglismaal kulutatakse u 10% tervishoiusüsteemi eelarvest vaimse tervise teenustele, teistes Euroopa riikides jäävad need kulutused 5% piiresse (Fact sheets ... 2018). Marine *et al.* (2013) analüüsis vaimse tervise edendamise ja vaimsete häirete ennetamise programmide panust Euroopa tervishoiu-, sotsiaal- ja majanduspoliitika eesmärkidesse ja ta toob välja, et depressiooni raviks tehtud kulutused moodustasid Euroopas 2013. aastal 617 miljardit eurot. Need kulud hõlmasid tööandjate kulusid töölt puudumise tõttu (272 miljardit eurot), saamatajäänud tulu tootluse vähenemisest (242 miljardit eurot), tervishoiusektori kulusid depressiooni raviks

(63 miljardit eurot) ja sotsiaaltoetlustesüsteemide kulusid puude hüvitistele (39 miljardit eurot).

Autor on seisukohal, et kulutused, mida tehakse psüühikahäiretega seonduvalt, on käsitletavad investeeringutena vaimsesse tervisesse. Jong-wooki (2003) mudel aitab mõista, kuidas saaks mõõta majanduskasvu ja tootlikkust läbi investeeringute vaimsesse tervisesse. Chisholm *et al.* (2013) uuring investeeringute tasuvusest depressiooni ja ärevushäirete raviks leiab, et suuremad investeeringud vaimsesse tervisesse suurendaksid vaimse tervise probleemide all kannatava inimese majanduslikku väljundit (tootlikkust), parandaks elatustaset ja kasvaks positiivne mõju tervisele. Nimetatud uuring toob välja ka asjaolu, et kuna psüühikahäirete raviks tehtud investeeringud ei võimalda täpselt mõõta sekkumiste positiivset mõju majanduskasvule, siis tihti peetaksegi selliste sekkumiste rahastamist vähetähtsaks, kui mitte tähtsusetuks. Samas uuringus käsitles Chisholm *et al.* (2013) vaimse tervise kulude osakaalu tervishoiuteenuste kogukuludesse. Ta tõdes, et nendes riikides, kus on kõrgem sissetulekutase, tehakse ka suuremaid kulutusi vaimsesse tervisesse. Sama järelduseni jõuti ka McDaid *et al.* (2018) uuringus. McDaid *et al.* (2018) rõhutab ka, et majanduslike mõjude modelleerimiseks kasutatavad mudelid nõuavad palju pikemat aega selleks, et üldse midagi prognoosida. Mudelite rakendamisel saadavad tulemused on täpselt nii head kui nende sisendite kvaliteet. Siiski aitavad nad juba nüüd leida ühiskonnas üles realiseerimata võimalusi vaimse tervise probleemide ennetamiseks.

## 1.2. Vaimse tervise teenused eri teenustasandite lõikes

Psüühikahäiretesse haigestumise tagajärgede leevendamiseks on rahvusvaheliselt välja töötatud erinevad sekkumistegevused (Paavel *et al.* 2001; Wilken *et al.* 2015):

- ravimine, mille tulemusena inimene terveneb kas täielikult või osaliselt;
- rehabiliteerimine, mille tulemusena arendatakse välja inimese jääkvõimed<sup>9</sup> ning kujundatakse vajalikud toetussüsteemid (tugevustele ja kohalolule suunatud);

---

<sup>9</sup> Vaimsete vaegustega inimeste järele jäänud võimed, mille väljaselgitamisel on inimesel võimalik saavutada optimaalne funktsionaalne tase kõige normaalsematel tingimustel.

- toetamine, mille tulemusena inimese seisund ja toimetulek püsib põhijoontes stabiilsena.

Teenuste eesmärk on pakkuda ravi ja hooldust, tõsta inimese vaimset heaolu, kasvatada teadlikkust täisväärtuslikust elust, parandada toimetulekut igapäevaeluga, suurendada haigestunud inimeste sotsiaalset kaasatust, aidata neil paremini integreeruda ühiskonda, parandada nende hõivatust tööga või õppega. Läbi nimetatud sekkumiste ja toetavate tegevuste paraneb psüühikahäiretega inimeste elukvaliteet ja haigusest taastumine ning väheneb suremus. Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni uue lähenemismetoodika loojad, arendajad ja koolitajad Hollander ja Wilken on seisukohal, et mida varajasem on sekkumine, seda paremad tulemused on haigusest taastumisel (Wilken *et al.* 2015).

Sekkumistegevused on omavahel vastastikusel dünaamilises seoses ja seetõttu on otstarbekas kasutada parima taastumisastme saavutamiseks neid koos või järjestikku. Siinjuures on väikseima osakaaluga teenustest ravimine ja suurima osakaaluga rehabiliteerivad ja toetavad tegevused. Rehabiliteerivate tegevuste rahvusvaheliselt kasutatavate definitsioonide seast kõlab üks enimkasutatavaid järgnevalt (Hollander *et al.* 2015):

*„Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon on protsess, mis loob üksikisikutele võimalusi saavutada oma sõltumatu toimetuleku parim võimalik tase kohalikus kogukonnas/ühiskonnas. Seejuures parendatakse isiku pädevusi ning tehakse muudatusi keskkonnas, et tagada psüühikahäire ja sellega kaasneva vaegusega inimestele võimalikult hea elukvaliteet.“*

Inimest on võimalik rehabiliteerida kogu tema elu jooksul ja see ei sõltu inimese vanusest. Kaasaegsete lähenemiste kohaselt peetakse raske psüühikahäirega inimese sotsiaalse rehabilitatsiooni ajaks vahemikku poolest aastast kuni kahe aastani (Bugarszki *et al.* 2016), konkreetne aeg sõltub aga isikust, tema häirest ja keskkonnast, milles ta viibib, õpib või töötab.

Autori kogemustele tuginedes võib öelda, et kõik eelnevad sekkumised ravi- ja rehabilitatsiooniprotsessis osutuvad mõttetuks, kui neile ei järgne inimese vajadustele vastava toetuse kujundamist ja toetussüsteemide rakendamist. Toetamine on vajalik ja seda kasutatakse reeglina juhul, kui varasemad tegevused pole olnud piisavalt

tulemuslikud. Samas peaks ravimise ja rehabiliteerimise üks väljund olema toetusvajaduse vähenemine.

Kui varem arvati, et psüühilise erivajadusega inimeste toetamine on põhijoontes ühetaoline ega sõltu psüühikahäire spetsiifikast, siis kaasaegsed lähenemised eristavad üsna suurelt erinevate häirete toetusvajadust, mahtu ja ka metoodilises lähenemises on rakendatud mitmeid praktikaid. Seega vahetul ehk otsesel klienditööl eri tüüpi psüühikahäirete puhul on märkimisväärsed erisusi. Seepärast on kasutusel sihtgrupi-spetsiifilised teenused. Siinkohal võib näitena tuua CARE metoodika (*Comprehensive Approach of Rehabilitation - CARE methodology*, metoodika loojateks on hollandlased Jean Pierre Wilken ja Dirk den Hollander), mida kasutatakse väga paljudes riikides juba üle 20 aasta (Wilken *et al.* 2005; The CARE Network 2019). Metoodika ainulaadsus seisneb selles, et tegemist on kõikehõlmava lähenemisega toetamaks inimest tema taastumisprotsessis ja kõigis eluvaldkondades selleks, et saavutada inimese soovitud elukvaliteet.

Kokkuvõtvalt saab öelda, et rehabiliteerimise ja inimese taastumisprotsessi peamised eesmärgid on:

- inimese maksimaalse iseseisvuse ja sõltumatus saavutamine ning tema igapäevase funktsioneerimise parandamine;
- inimese sotsiaalselt väärtustatud rollide ja rahulolu saavutamine ühiskonnas;
- rahaliste kulutuste perspektiivne vähendamine naasmaks täisväärtuslikku tavaellu.

WHO korraldab, suunab ja annab juhiseid vaimse tervise poliitikate ning süsteemide ühtlasemaks kujundamiseks, sh millised teenused võiksid olla riiklikult korraldatud, millised kogukondlikult ja mida saavad inimesed ise enda heaks ära teha, et vaimne seisund ja toimetulek oleks hea. Riigiti on erinevusi, kuid üldjoontes võib teenused liigitada riikliku regulatsiooni (*formal services*) ja rahastusega pakutavateks teenusteks, riikliku regulatsiooniga, kuid rahastuseta teenusteks ning muudeks reguleerimata ja rahastuseta teenusteks (*informal services*). Muude reguleerimata vaimse tervise teenuste alla liigituvad mitmesugused kogukonnal põhinevad ja vabatahtlikkuse alusel osutatavad teenused, mis ei ole osa riiklikust süsteemist. Need teenused aitavad suuresti kaasa valdkondliku teabe edendamisele, aitavad jõuda abivajajatel oluliste spetsialistide juurde

ja mängivad üleüldiselt suurt rolli psüühikahäiretega inimeste toetamisel. (Organization of... 2003).

Suurimad riiklikud teenuseosutajad on esmatasandi arstiabi pakkujad, institutsionaalsed teenused psühhiaatriapolikliinikutes ja -haiglates, aga ka hoolekande- ja toetavate teenuste osutajad. Riikliku toe ja regulatsioonideta teenuste osutajad võivad olla näiteks eneseabigrupid, vabaühendused, religioossed ühendused, õpetajad-kasvatajad, politsei, aga ka tavakodanikud ja pereliikmed, kel ei pruugi olla professionaalseid kokkupuuteid vaimse tervise temaatikaga; samas on nende teenuste osas järjepidevalt kasvav vajadus (Improving... 2009). Vaimse tervise teenuseosutajad liigitatakse üldjuhul joonisel 3 toodud tasandite lõikes (Organization of... 2003):

- psühhiaatriline ja psühholoogiline abi, sh haiglaravi ja pikaajaline ravi eriasutuses;
- hoolekandeteenused, sh sotsiaalhoolekanne ja kogukondlikud teenused;
- esmatasandi vaimse tervise teenused;
- eneseabi ja muud reguleerimata vaimse tervise teenused.

Psühhiaatrilise abi, sh haiglaravi ja eriasutuste pikaajalise ravi osutajateks on psühhiaatrid, psühhiaatriaõed, kliinilised psühholoogid ja psühhoterapeudid. Ravi võib olla statsionaarne ja/või ambulatoorne. See tasand osutab teenuseid peamiselt raske psüühikahäire avaldumisel, vältimatut abi või ööpäevaringset järelevalvet nõudvates oludes. Halvasti ravile reageerivate psüühikahäiretega patsientide puhul rakendatakse pikemaajalist, tugevamat ravi<sup>10</sup>. Nimetatud tasandi teenuste kättesaadavus on piiratud mitmete asjaoludega. Tegeletakse vaid akuutse olukorra ravimisega, aga mitte niivõrd teraapiate või toetavate tegevustega. Teenuste kättesaadavust piiravad ka ravijärjekorrad ja piiratud voodikohtade arv. Teenus pole kättesaadav kaugemates piirkondades elavatele inimestele, sest haiglad asuvad vaid suuremates keskustes. Nimetatud tasandi sekkumised on seotud kõige suuremate kuludega. Selle tasandi osakaalu teenuste kättesaadavuses tervikuna vähendatakse veelgi, sest valdkondlikult on võetud suund deinstitutionaliseerimisele<sup>11</sup>. (Organization of ... 2003; Wittchen *et al.* 2011). Selle tasandi sekkumised

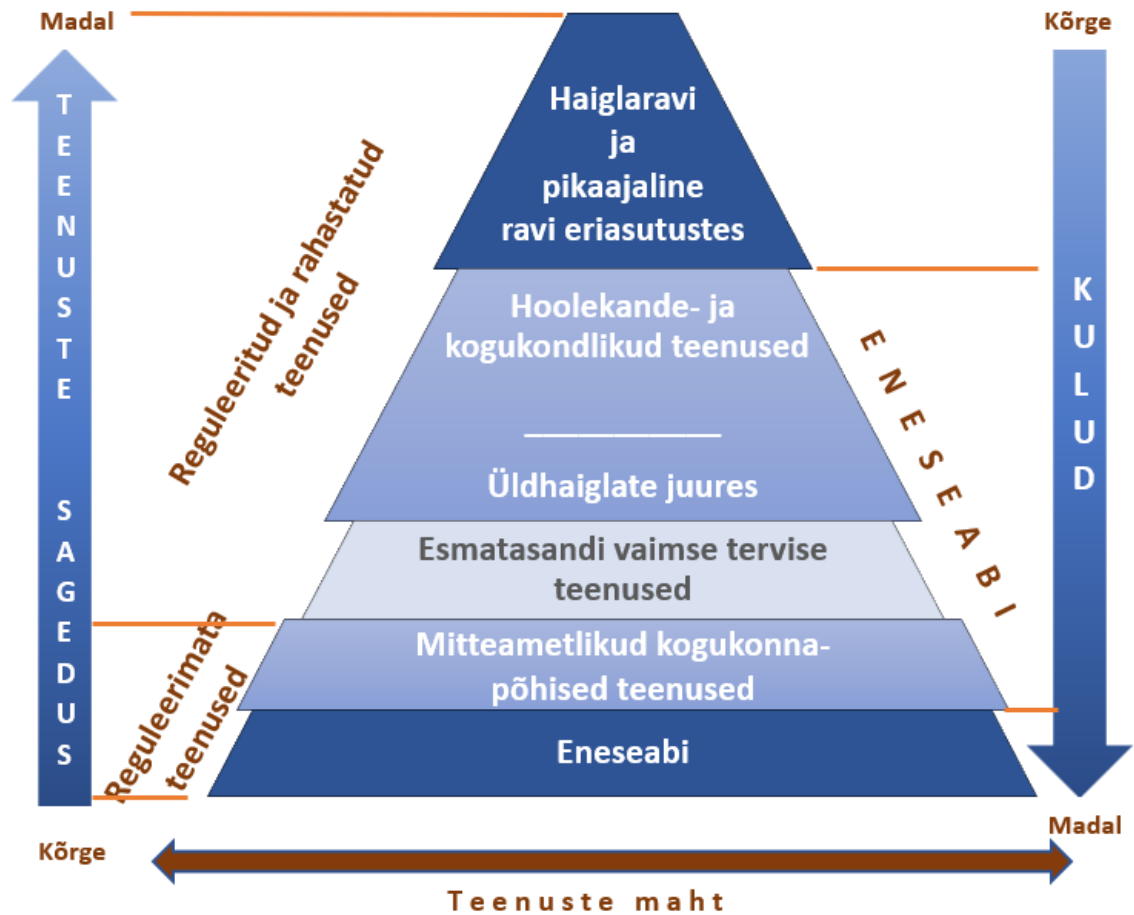
---

<sup>10</sup> Siia kuuluvad ka järelravi- ja järelevalveasutused, mis on kitsamalt spetsialiseerunud ning kuhu suunatakse sundravil viibivad või raskekujuliste psüühikahäiretega isikud.

<sup>11</sup> On võetud suund vähendada haiglaravi ja teiste sarnaste institutsioonide osakaalu vaimse tervise teenuste osutajate seas.



on inimesele kõige traumeerivamad ja riigile on selle tasandi teenused suurimate kulutustega. (Murko *et al.* 2018; Ravelli 2006).



**Joonis 3.** Vaimse tervise teenuste optimaalne omavaheline seostatus  
Allikas: Organization of services for mental health 2003, autori tõlgitud.

Hoolekandeteenuseid, sh sotsiaalhoolekande ja kogukondlikke teenuseid pakutakse inimese elukohale lähedal ning inimene ei pea nende teenuste tarbimiseks lahkuma talle omasest ja tavapärasest elukeskkonnast. Siia kuuluvad näiteks vaimse tervise kriisiabi, rehabilitatsiooniteenused, koduhooldus, päevahooldus ja ühiskodude teenused, samuti muud kogukonnal põhinevad teenused teatud sihtrühmadele (nt traumaohvrid, lapsed ja noorukid, vanurid ja psüühilise erivajadustega inimesed). Teenuseid osutavad kogukonnas tegutsevad oma ala spetsialistid – psühholoogid, vaimse tervise õed, sotsiaaltöötajad, tegevusterapeudid, psühhiaatrid. Teenuseid võivad pakkuda ka erialase taustata, kuid vajaliku väljaõppe saanud nõustajad. Kogukondlikud teenused ei pruugi tugineda riiklikule psühhiaatrilisele abile, kuid peaks olema sellega seotud. Kogukondlike

teenuste kättesaadavus sõltub iga riigi valmisolekust selliseid teenuseid pakkuda, kuid oma olemuselt on need kriitilise tähtsusega, sest koos rehabiliteerivate teenustega on nendel teenustel kõige suurem kasu abivajavale inimesele. (Improving... 2009)

Esmatasandi vaimse tervise teenustel on oluline tähtsus vaimse tervise probleemide varajasel avastamisel, ennetustegevusel ja kergemate vaimse tervise probleemide puhul esmasel nõustamisel ja ravil. Vajadusel suunatakse patsiendid edasi teiste spetsialistide juurde. Sellel tasandil toimub ka ravitulemuste säilitamine. Esmatasandi abi pakkujateks on: perearstid või üldarstid, õed ja teised meditsiinitöötajad ravi- ja diagnostikakeskustes ja kliinikutes; koduõendus ja koduhooldus; tervise ennetuse ja teavitusega tegelevad asutused ning organisatsioonid. Siia liigitub ka katastroofi-, loodusõnnetuste ja vägivallaohvritele suunatud esmatasandi abi. (Organization of... 2003). Oluline on selle tasandi teenuseosutajate igakülgne ning avatud koostöö sotsiaalhoolekande süsteemiga. Omavahel põimunud vaimse tervise teenuste süsteem aitab perspektiivis tõhusamalt tegeleda stigmatiseerimisega, katab suures osas teenust osutavate spetsialistide nappusest tingitud vajakajäämisi ja leevendab teenustele ligipääsu probleeme. (Wittchen *et al.* 2011). Riigiti on selle tasandi teenuste kättesaadavus ja spetsiifika erinev, kuid valdavalt on teenused siiski ligipääsetavad ja taskukohased ning riigi poolt suures osas rahastatud. Selle tasandi teenused on seotud tihedalt üldise tervishoiusüsteemi teenustega. Autor nõustub Wittchen'ga *et al.* (2011), et kättesaadavust takistavateks asjaoludeks on esmatasandi tervishoiutöötajate vaimse tervise alaste teadmiste nappus, oskamatus märgata ja hinnata seisundit, hirmud ja soovimatus tegeleda antud sihtgrupiga. See on ka Eesti praegune olukord.

Eneseabi ja muud reguleerimata vaimse tervise teenused saavad kättesaadavaks siis, kui kriitiline hulk sarnase probleemiga (sarnast keelt kõnelevaid) inimesi on otsustanud luua näiteks tugigruppe<sup>12</sup> ja pakkuda eneseabi. Eneseabi alla liigituvad kõik need tegevused, mis on abistamiseks tehtud inimese enda, tema perekonna ja ka ümbritsevate inimeste algatusel. Eneseabi eesmärk on haiguste ennetamine, tervise parendamine ja edendamine või ka tervise taastamine; võtmesõnaks on teadlik tervisekäitumise muutmine. Eneseabi peamised võimekused on stressiga toimetuleku hea oskus, emotsionaalsete konfliktide lahendamise oskus, sõltuvusainete vältimise oskus ja oskus leida vajadusel

---

<sup>12</sup> Näiteks Brüsselis on eestlaste kogukond, mis korraldab mitmesuguseid toetavaid tegevusi.

täiendavat abi (Wittchen *et al.* 2011: 655-679). Eneseabi on võtmetähtsusega tundmaks oma haigust või märkamaks abivajajat teiste seas. Tõhus eneseabi on alati põimitud teiste tervise- ja toetavate teenustega. Informatsioon ja teave levinumate psüühikahäirete ning sõltuvusprobleemide kohta on kättesaadav ning selle teabe õige interpreteerimine on oluline selleks, et vähendada psüühikahäirete all kannatajate stigmatiseerimist (Link *et al.* 2006). Euroopas ja maailmas laiemalt on psüühikahäired ning nende käsitlemine olnud fookuses ja pidevas arengus. Inimestel on julgus ja teadmine abivõimalustest, aga ka üsna head oskused tundmaks ära abivajajaid.

Parima tulemuse saavutamiseks peaksid omavahel olema tihedalt seotud kõik eelnimetatud teenustasandid. Eneseabil ja teistel reguleerimata vaimse tervise tugi-teenustel on suurim osakaal taastumisprotsessis. Sekkumiste vundament laotakse eneseabi ja teiste kogukonna initsiatiivil vabatahtlikkuse alusel osutatavate teenuste najal. Kulutused nimetatud sekkumistele on madalad, nad on tavaliselt hästi kättesaadavad, samas kui raviteenuste järele on vajadus madalam, aga teenuste hind kõrgem. Optimaalsus saavutatakse ennetustegevustega ja mitmekihiliste kõikehõlmavate toetavate teenustega, mis on teenuse püramiidi (vt joonis 3) kesksem ja kandvam osa. Need on ka teenused, mille juurde inimene jõuab siis, kui eneseabi enam ei aita, aga ka siis, kui haiglaravi on lõppenud ja järgneb aktiivne järelteenuste aeg ja toetamine. WHO soovituslike teenuste mudelis seatakse vaimse tervise teenuste regionaalse kättesaadavuse parandamiseks eesmärk arendada just kogukondlikke ja teisi vabatahtlikkusel põhinevaid vaimse tervise teenuseid, mida ülejäänud teenuste süsteemiga saaks ühildada või siduda (Funk *et al.* 2005; Funk *et al.* 2007). Psühhiaatrilised sekkumised on eri kultuuriliste, rassiliste ja etniliste tõekspidamiste tõttu riigiti erinevad, kuid eeltoodud teenuste süsteemi loogika on universaalne. Teenused taanduvad põhiväärtustele inimõiguste kontekstis (Lawrence *et al.* 2001). Kuidas teenuste kättesaadavus on korraldatud, milliste institutsioonide vahel integreeritud ja milline on üldisemalt vaimse tervise poliitika, on riigiti väga erinev. Tuginedes Prior *et al.* (2011) uuringu järeldustele, on oluline rõhutada, et otsese haiguskogemusega inimesed peaksid mängima võtmerolli otsustamisel, millised vaimse tervise teenused välja peaksid nägema, kuidas olema korraldatud ja integreeritud erinevate tasandite vahel. Autor on veendumusel, et otsese haiguskogemusega inimesed on kogemusnõustajana parimad teenuse osutajad ja nende panus teenuste kujundamisel suure väärtusega ühiskonnale.

### 1.3. Vaimse tervise teenuste pakkumisega seotud väljakutsed arenenud riikides

2016. aastaks oli Euroopa riikidesse saabunud üle viie miljoni pagulase kelle, puhul on selge vajadus vaimse tervise teenuste järele (Global trends ... 2017). Depressioon, ärevus ja halb toimetulekutase on pagulaste seas vähemalt kolm korda suurem kui põhielanikkonna seas (Migrant ... 2017). Põgenike ja asüülitaotlejate arv kasvab kõigis Euroopa riikides, rääkimata vabast tööjõu liikumisest riikide vahel. Seega nõudlus vaimse tervise teenuste järele aina kasvab ning peamiseks indikaatoriks on seniste pöördumiste arvu kasv (vt lisa 3). Sisserändajate vaimne tervis on mõjutatud sellest, mida nad kogesid oma kodumaal, neid on mõjutanud migreerumisprotsess kui selline ja elamistingimused uuel maal. Migreerumise põhjustest olenemata kogevad sisserändajad uues riigis kohanemisel pinget, langevad kergemini depressiooni ja tunnevad sageli ühiskonnast äralõigatust seoses kohaliku keele mittemõistmisega. Seetõttu võivad vaimse tervise häired neil avalduda kergemini. Kluge *et al.* (2012) uurimisrühm kogus andmeid teenuste kasutamise kohta eri tasandi teenuseosutajate seas WHO Euroopa regioonis aastal 2012, millest ilmnes, et vaimse tervise teenused on kõigist tervishoiuteenustest suurima osakaaluga tarbitavad teenused immigrantide seas (23%). Sellele järgnevad esmatasandi tervishoiuteenused (16%) ja erakorralise meditsiini teenused (13%) ning vaid 15% pakutavatest vaimse tervise teenustest on sisserändajatele kättesaadavad. Enam kui 40% teenustest jääb saamata keelebarjääri tõttu (Kluge *et al.* 2012).

Millises riigis välismaalane ka ei viibiks, on tal õigustatud ootus sotsiaalsele kaitsele selleks, et ta saaks oma igapäevaelu tegevustega parimal moel toime tulla. Kõigile hädasolijatele peab olema tagatud juurdepääs vaimse tervise teenustele ning teenuste kättesaadavus ei tohi olla sõltuvuses inimese elukohast, kultuurilisest kuuluvusest või rahvuslikest tõekspidamistest, sotsiaalsest staatusest ega ka sissetulekust (Priebe *et al.* 2016). Psüühikahäiretega inimeste puhul tuleb aga rääkida teatavast diskrimineerimisest, stigmatiseerimisest ja mittetäielikest õigustest. Läbi ajaloo on nende inimeste õigusi piiratud ja kitsendatud (Murko *et al.* 2018; Mental health action ... 2013; Link *et al.* 2006).

Ükskõik mis põhjustel saavad teise riigi kodanikud sihtriiki, vajavad nad esmalt sotsiaalkaitse tagatist. Sotsiaalse kaitse süsteemid on loodud eesmärgiga pakkuda kaitset mitmesuguste riskide vastu (sh töötus, haigused, invaliidsus, erivajadused, sotsiaalne tõrjutus). Peamine poliitiline raamistik Euroopa Liidus (edaspidi EL) on sotsiaalse kaitse strateegia aastani 2020 (Europe 2020 Strategy) ja sotsiaalse kaitse ja sotsiaalse kaasatuse koordineerimise raamistik (Reinforcing...2009), millega edendatakse sotsiaalset ühtekuuluvust ning võrdseid võimalusi teenuste tagamisel jätku-  
suutlike rahaliste meetmete toel läbi Sotsiaalkaitse Komitee (Social Protection Committee 2019). EL-i vastastikuses sotsiaalkaitse infosüsteemis MISSOC (Mutual Information System on Social Protection Comparative Tables Database)<sup>13</sup> on leitav üksikasjalik ja võrreldav teave riiklike sotsiaalkaitse süsteemide kohta. Põhivastutus tervishoiu- ja hoolekandeteenuste kättesaadavuse osas jääb siiski iga riigi enda kanda. Regulatsioonid on riigiti erinevad, kuid fundamentaalsed põhimõtted on kokku lepitud. Rahvusvahelised organisatsioonid teevad perioodilist monitoorimist, aitavad poliitikate kujundamisel ja strateegiate väljatöötamisel selleks, et Euroopa liiguks sarnase ja parima kvaliteediga vaimse tervise teenuste kättesaadavuse suunas.

Toetudes EL-i sotsiaalkaitse infosüsteemile MISSOC, on lisas 4 ülevaatenäide toodud Põhjamaade ja Balti riikide tervishoiu põhimõtteid koordineerivate regulatsioonide võrdlus. Sellest nähtub, et Norras, Rootsis ja Taanis on tervishoiuteenused avalikud, riiklikult reguleeritud ja rahastatud kogutavatest maksudest. Teenused on tagatud kõigile selle riigi residentidele. Soomes lisanduvad riiklikult tagatud tervishoiusüsteemile erasektori tervishoiuteenused ja ka rahastuse osas laieneb patsiendi vastutus ehk patsiendid ise tasuvad teataval määral (50/50 põhimõte). Põhjamaad on aastatega hästi üles ehitanud oma tervishoiu- ja hoolekandesüsteemid ning ka kehtivad regulatsioonid on hästi läbitöötatud, selged ja sätestatud ühe või paari regulatsiooniga. Küll aga torkab vaimse tervise valdkonda puudutavate regulatsioonidega silma Norra, kellel on eraldi-  
seisvalt vastu võetud vaimse tervise seadus juba 1999. aastal. Teistes riikides on see

---

<sup>13</sup> Kokku on andmebaasis 32 riiki (lisaks EL-i liikmesriikidele Island, Liechtenstein, Norra ja Šveits). Sotsiaalkaitse 12 valdkonda on andmebaasis jagunenud järgmiselt: rahastamine, tervishoid, haigus-, emadus-, invaliidsus-, vanadus-, töötus-, pere-, toitjakaotushüvitised, töökohal saadud vigastused ning kutsehaigused, garanteeritud miinimumvahendid ning pikaajaline hooldus.

reguleeritud kas madalama astme regulatsioonidega või on sätestatud osana teistes tervishoiusüsteeme reguleerivates õigusaktides. (MISSOC andmebaas<sup>14</sup>).

Balti riikidest eristub Eesti, kellel on kohustuslik sotsiaalkindlustussüsteem kõigile majandustegevusega tegelevatele isikutele (tööga hõivatud inimesed). Riik omalt poolt tagab ravikindlustuse hõivest eemalolevatele elanikele (nt lapsed ja pensionärid), tehes seda solidaarselt hõives olevate töötajate sotsiaalmaksu laekumistest riigi teiste eraldiste kaudu. Lätis on maksudest saadud rahastusel põhinev tervishoiusüsteem, mis tagab toe kõigile residentidele ja lisaks ka erasektori tervishoiuteenused, mis on täienduseks avaliku sektori teenustele. Leedus seevastu on vaid erakorraline abi tagatud kõigile residentidele, ülejäänud tervishoiuteenused on tagatud vaid tervisekindlustuse olemasolul. Need, kes ei tasu tervisekindlustusmaksid, peavad oma tervishoiuteenuste eest ise tasuma. Leedu on ka ainus Balti riik, kus tervishoiuteenuste pakkujatel on kohustus sõlmida tsiviilvastutuskindlustus oma tegevusest või tegevusetusest tingitud kahjude hüvitamiseks patsientidele. Regulatsioonide rohkusega torkab silma Läti. Eesti ja Leedu on selles osas tagasihoidlikumad ja seni on reguleeritud vaid kõige olulisem osa tervishoiuteenuste osutamise korraldamiseks. (MISSOC andmebaas)

Sotsiaalne kaitse annab ette raamistiku ja õigusliku aluse selleks, et ka vaimse tervise teenuste kättesaadavus oleks tagatud. Teenustele jõudmise aluseks on aga inimese enda teadvustatud probleem ja soov jõuda abini. Psüühikahäirete puhul on tihti nii, et inimene ise ei mõista ja ei tunnista probleemi, seetõttu on ka nõudlus teenuste järele ebaselge. Seda on keeruline kaardistada ja seepärast on teenuste kättesaadavus või teenusteni jõudmine võtmetähtsusega. Esimene tasand, kus vaimse tervise mured tähelepanu võivad saada, on perearstid ja teised esmatasandi tervishoiutöötajad. Paljudes riikides on perearstidele antud õigus diagnoosida psüühikahäireid, kuid neil on raskusi seostada üldisi terviseseisundi kaebusi (somaatilised kaebused) psüühikast tingitud põhjustega. Suurim probleem selle õiguse juures seisneb selles, et äärmisel juhul saab perearst välja kirjutada ravimeid, kuid kõrvale jäetakse ravi toetavad teenused ja teraapiad, rääkimata medikamentidest põhjustatud vaegustest füüsilisele tervisele, aga ka sotsiaalsetest riskiteguritest. (Petera *et al.* 2008; Improving... 2009). Nagu eelnevas peatükis toodud, on

---

<sup>14</sup> Autor ei pidanud vajalikuks pikkade regulatiivsete loetelude lisamist töösse. Detailne regulatsioonide loetelu on vajadusel autori käest saadav.

peamised sekkumised vaimse tervise parendamiseks aga kombinatsioon ravist, rehabilitatsioonist ja toetavatest teenustest.

Sellest, et vaimse tervise teenuste kättesaadavus ja esmase diagnoosimise võimekus peaks liikuma esmatasandi tervishoiutöötajate tasandile, on arenenud riikides räägitud kaua. Valdkonda suunavates poliitikates viidatakse järjepidevalt vajadusele kehtestada esmatasandi tervishoiutöötajatele juhendmaterjalid vaimse tervise häirete hindamiseks ja ravimiseks ning soodustada nende pidevat täiendõpet. See tagaks sihtgrupile teenuste kõrgema kvaliteedi ja seeläbi ka parema ligipääsu teenustele. See on oluline ka seetõttu, et eriarstide arv arenenud riikides pidevalt väheneb<sup>15</sup>. Esmatasandi tervishoiutöötajate peamised sekkumised ja vastutus vaimse tervise teenuste kättesaadavuse vaates on (Jong-wook 2003; Improving ... 2009; Chisholm *et al.* 2013):

- tuvastada psüühikahäire aste - kas kerge häire (ärevus, depressioon jms) või esinevad raskema häire tunnused (skisofreenia, bipolaarsus jms) ning sellest tingitult suunata inimene vastava spetsialisti poole;
- kergemate häirete puhul on tervishoiutöötajal oluline panna korrektne diagnoos (eeldab vastavaid teadmisi ja kogemusi);
- korrektselt diagnoositud häire puhul õigus ravida ja kirjutada välja ravimeid.

Petera *et al.* (2008) on nimetatud sekkumiste lõikes analüüsinud vaimse tervise teenuste kättesaadavust esmatasandi tervishoiusüsteemis EL-i riikides 2008. aastal (vt lisas 5). Sellest selgub, et õiguslik regulatsioon ja tegelik praktika on riigiti erinev. Psüühika-häirete tuvastamine esmatasandil on kõikides riikides juurdunud praktika, nagu ka kergemate häirete diagnoosimine ning ravimine, samas raskemate häirete diagnoosimine ja ravimine on problemaatiline. Igasugused sekkumised, isegi kui need ei ole reguleeritud, tehakse tuginedes traditsioonidele ja eetikale. Autoril ei õnnestunud leida värskeimat infot seaduslike regulatsioonide ja tegeliku praktika kohta, küll aga julgeb autor väita, et olukord pole oluliselt muutunud. Selles osas tugineb autor statistikale, võrreldes haiglaravi voodikohtade arvu muutust aastatel 2008 ja 2015 (vt lisa 3), mis näitab, et vaatama võetud suunale vaimse tervise teenuseid deinstitutionaliseerida ja liikuda

---

<sup>15</sup> Näitena, Soomes on perearstide juures loodud depressiooniõe ametikoht, kelle peamine ülesanne on tegeleda laiapõhjaliste nõustamistega vaimse tervise alal. Sarnane spetsialist perearsti süsteemis on veel Inglismaal.

diagnoosimisel aina enam esmatasandi tervishoiusektoris (Kozma *et al.* 2012; Ravelli 2006), pole suurt muutust toimunud.

WHO vaimse tervise valdkonna 2016. aasta raport teenuste kättesaadavusest sisse-rändajatele Euroopas toob välja järgmised probleemid, millega seisavad silmitsi esmatasandi tervishoiutöötajad (Priebe *et al.* 2016):

- ebapiisavad võimalused sekkumisteks;
- valdkonna ebapopulaarsus ehk töötajate järelkasv noorte seas on vähene;
- ebapiisav või puudulik rahastus;
- liiga suur vastutuse ja majanduslike hüvede lõhe jms;
- regulatsioonide puudumine esmatasandi vaimse tervise teenuste osutamiseks.

Sama raport toob välja, et isegi kui sisse-rännanutel oleks paremad võimalused jõuda esmatasandi tervishoiuteenustele ja kui vaimse tervise teenuste osutamine esmatasandil oleks paremini reguleeritud (Poduval *et al.* 2015), siis ikkagi jääks esmatasandi tervishoiuasutuste peamiseks ülesandeks tegeleda sisse-rännanute füüsilise tervisega, mitte niivõrd vaimse tervisega.

Psühhiaatrilise ja psühholoogilise abi, sh haiglaravi kättesaadavus on viimane tasand kuhu inimene sattuda võiks ning selle tasandi teenuste kättesaadavus on riigiti väga erinev. Riikides, kus vaimse tervise teenused on hästi arenenud, on ka nimetatud teenused mitmekesised, spetsialistide variatiivsus suur, teenuste kättesaadavus hea, ravimeetodid paindlikud ja teenuste kvaliteet kõrge. Viimastel aastatel on võetud suund deinstitutionaliseerimisele. (Murko *et al.* 2018; Ravelli 2006). Paraku valdav osa institutsionaalsetest sekkumisvõimekustest on koondunud suurematesse linnadesse või keskustesse, mis ei taga haiglaravi võrdset kättesaadavust sõltuvalt abivajaja elukohast.

Ravi kättesaadavust hinnatakse voodikohtade ja pöördumiste arvu järgi 100 tuhande elaniku kohta. Euroopa Terviseinfo statistika (European Health Information Gateway 2019) põhjal oli aastal 2015 enim voodikohti psüühikahäirete raviks Belgias, Saksamaal, Hollandis ja Norras. Kõige vähem on psüühikahäirete raviks voodikohti Taanis, Rootsis, Iirimaa ja Itaalias (vt lisa 3). Autor järeldab, et nendes riikides on ennetavad, toetavad ja esmatasandil kättesaadavad teenused psüühikahäiretega inimestele hästi tagatud ja suund deinstitutionaliseerimisele ammu võetud. Selle tasandi teenused pole välismaalastele



kättesaadavad ühelgi muul viisil kui vaid erakorralistes olukordades, sest teistel juhtudel jõutakse selle tasandi teenustele läbi eelnevate tasandite. Nagu öeldud, on selle tasandi teenused kõige kallimad, lisaks toob välismaalaste teenindamine endaga kaasa täiendavaid probleeme, sh kulude kasv tõlkevajadusest lähtuvalt, keelebarjäärist tõusetuvad riskid ravist arusaamisel, aga ka suuremad riskid personalile akuutsete olukordade lahendamisel (Priebe *et al.* 2016).

Hoolekande ja kogukondlike teenusete kättesaadavus on selgelt seotud konkreetse riigi valmisolekuga toetada psüühikahäiretega inimesi ja tagada teenuste kättesaadavus elukohale võimalikult lähedal – kas inimese kodus, kliinikute juures, päevakeskustes, ühiskodudes, rehabilitatsioonikeskustes. Siia alla liigitub ka vaimse tervise kriisiabi. Peamine fookus on vaimse tervise hindamine, mitmesugused toetavad teenused ja hooldus väljaspool haiglat. Kättesaadavus ei pruugi tugineda riiklikule psühhiaatrilisele abile, kuid peaks olema sellega seotud. (Funk *et al.* 2007; Organization of... 2003).

Osadel EL-i riikidel on hoolekandeteenused hästi välja arendatud ja laialt levinud – pakutakse nii kriisiabi, koduhooldust, eneseabi kui ka rehabilitatsiooni. Parimad näited on Suurbritannia, Itaalia, Taani, Holland ja Norra. Vaimse tervise valdkonna uued suunad ja poliitikad juhivad tähelepanu sellele, et toimivate hoolekande- ja kogukondlike teenuste jätkuv arendamine on hädavajalik, sh uute lähenemiste ja programmide loomine ning juurutamine kõigil tasanditel. See tagaks parema ennetustöö, tõhusama koduhoolduse ning haiglaravi peakski jääma vaid alternatiivseks sekkumiseks. (The European Mental... 2015). Peale 2004. aastat EL-i liitunud riikidel on hoolekande- ja kogukondlikud teenused kättesaadavad tavaliselt polikliinikutes või psühhiaatria–haiglates. Vähesel määral on loodud valitsusväliste või rahvusvaheliste organisatsioonide poolt sarnaste teenuste osutamiseks väiksemaid keskusi ja moodustatud kriisimeeskondi. Samuti tuuakse puudustena välja statistilise info ebausaldusväärsust, epidemioloogiliste andmete puudulikkust ja tegelike teenuste vajaduse ebapiisavat monitoorimist. (Priebe *et al.* 2012; Improving... 2009)

Lisaks eelnevale on oluline ka vaimse tervise häirega inimeste abistamine kriisi-olukordades, mil lühiajaliselt, aga olulisel määral on häirunud inimese toimetuleku–võimed. Kriisiolukord vaimse tervise vaates hõlmab endas erakorralist traumaatilist olukorda, õnnetusi ja katastroofe, pagulaste puhul ka sõdade ja teiste fataalsete

kokkupõrgete tunnistajaks olemist. Kriisiolukorras on oluline varajane sekkumine 72 tunni jooksul ja järgnev kriisihooldus, mis võib vältida nädalaid. Peamiste teenustena kriisihoolduses on kiire toetuse andmine, nagu nõustamine, pingete maandamine ja vabastamine, meeleolukõikumiste ja stressi leevendamine. (Ommeren *et al.* 2011). EL-i riikidest oli 2008. aastal kriisiolukorras käitumise juhised või plaanid regulatsioonidena olemas 22 riigil ja 5 riigil mitte<sup>16</sup>, praktikas aga on enamikus riikides kriisiabi inimestele siiski tagatud. Seda tehakse kas selleks loodud eraldiseisvates keskustes või haiglate ja kliinikute juures. Kõigis EL-i riikides ei ole kriisiabi teenused ööpäev läbi kättesaadavad<sup>17</sup>. (Petrea *et al.* 2008).

Muude vaimse tervise teenuste, sh eneseabi kättesaadavus sõltub paljuski inimesest endast, mitte niivõrd riigist, kus ta elab. Oluline on haiguste ennetamine, sümptomite märkamine ja julgus abi paluda. Kuidas ära tunda stressiilminguid, mida teha, et olukord ei süveneks, kuidas igapäevaelu keeristormist väljuda jne - vastused on sageli leitavad abi pakkuvatest portaalistest<sup>18</sup>, samuti raamatutest. Autor, olles vaimse tervise valdkonnas pikka aega töötanud, saab oma senise töökogemuse varal kinnitada, et kuigi vaimse tervise probleemid pole alati vältitavad, siis ikkagi on inimestel alati võimalik oma vaimse tervise heaolu nimel midagi ära teha. Väga oluline on tugivõrgustik, perekond ja sõprade ring, kes inimest mõistaks, aitaks, kuulaks ja toetaks. Võõral maal ja võõras keskkonnas ning kultuuris olles pole tugi tihti kättesaadav. Seetõttu on oluline arusaam, et kui enesetunne on nii halb, et miski muu enam ei aita, siis tuleb otsida professionaalset abi.

Muutunud rändeoludes on vaimse tervise teenuste kättesaadavus rahvusvähemustele riigiti kasvav probleem. Uuringud (nt Dauvrin *et al.* 2012; Lindert *et al.* 2008; Kluge *et al.* 2012) näitavad, et keelebarjäär on peamine takistus kõikidel tasanditel tervise-teenuste tarbimisel. WHO juhib tähelepanu, et teenuste kättesaadavus peab olema tagatud erinevatele keelegruppidele, sealhulgas ka kuulmispuudega inimestele ehk viipekeeles. Soovitus on ilmne, sest teenuse kvaliteeti tuleb tõsta teenuseid osutavate isikute

---

<sup>16</sup> 2008. aastal oli EL-i liikmesriike 27. Horvaatia lisandus 2013. aastal.

<sup>17</sup> 2008. aasta andmetel on vaid kaheksal EL-i riigil, kes on liiduga liitunud enne 2004. aastat, tagatud ööpäevaringne kriisiabi. Peale 2004. aastat liitunud riikidest on see vaid kahel riigil. Ülejäänud pakuvad kriisibiteenust vaid päevasel ajal.

<sup>18</sup> Näiteks <https://www.mentalhealth.org.uk>, <http://www.mentalhealthamerica.net/>, <http://enesetunne.ee/>, <http://peaasi.ee/>, <https://www.headsup.org.au/>

keeleoskuse tõstmise või tõlkide kaasamise kaudu. Tõlkide kaasamises mainitakse kitsaskohana tõlketeenuse rahastamisega seonduvaid probleeme (Petrea *et al.* 2008).

WHO viimane raport vaimse tervise poliitikate ja praktikate kohta Euroopas (Petrea *et al.* 2008) toob välja, et riigiti on vaimse tervise strateegiate olemasolu puudulik ja vaimse tervise teenustele juurdepääs keelevähemustele pole tagatud. Eelduseks on teenuste kättesaadavus välismaalastele neile lähimas arusaadavas keeles. Riikides, kus on sisserännanute osakaal suur ja ka keelevariatiivsus mitmekesine, kasutatakse riigiti erinevat strateegiat. Näiteks Austrias on kaks multikultuurset psühhiaatriakliinikut, kus on tagatud kvaliteetne abi sobivaimas keeles kõigile. Taanis on seaduslik õigus saada vajadusel tõlk, seda ka viipekeeles tarbeks. Soomes on vähesel määral eriteenuseid, mis võimaldavad keelevähemustele juurdepääsu. Saksamaal on loodud eraldi tõlkide ühendus, keda kaasatakse vaimse tervise teenuste osutamisel ja see ühendus suudab katta kuni 50 erinevat keelt.

Kluge *et al.* (2012) uurimus käsitles sisserännanutele teenuste kättesaadavusega tõusetunud probleeme ning tõi välja, et vaimse tervise teenuse osutajatest Euroopas 53% ei paku üldse tõlkevõimalust ja 59% küsitletutest ei paku tõlkevahendust oma teenustele telefoni teel. Vaimse tervise teenuste kättesaadavuses on kommunikatsioonil ja suhtlusel eriti oluline roll, sest parima ravi ja teraapia kohaldamiseks on oluline osapooltel teineteisest õigesti aru saada (Dauvrin *et al.* 2012). Samast uurimusest selgus, et keelebarjääride ja ebapiisava info tõttu jõuavad immigrandid oma muredega pigem erakorralise meditsiini üksustesse, sest mujale ei osata lihtsalt pöörduda. Kluge *et al.* (2012) uuringust selgub, et tõlkevõimalused on olemas Suurbritannias, Soomes ja Rootsis. Taanis, Hollandis ja Hispaanias on enamiku teenuste lõikes võimalik immigrante teenindada neile arusaadavas keeles. Kui igas riigis on vähemalt üks teenus, mida suudetakse pakkuda koos vajaliku tõlkeabiga, siis Kreekas pole sellised teenused üldse kättesaadavad. Tõlke rahastuse osas selgus samast uuringust, et Taanis, Soomes, Rootsis, Hispaanias ja Suurbritannias on tõlke rahastus ja hinna kujunemine selgelt reguleeritud. Austria ja Saksamaa puhul see nii ei ole. Hollandis kaotati 2012. aastal tõlketoetused riiklikust süsteemist.

Eelnenust järeldub, et vaimse tervise teenuste kättesaadavus välismaalastele EL-i riikides on ebaühtlane. Suure sisserändega riikides on teenused paremini kättesaadavad, kuna seal

on ka paremad tingimused keelebarjääri kaotamisel. Riigiti lahendatakse olukordi erineval moel, kas tõlketeenuste kaudu, olemasoleva personali kaudu, kellel on eri keeltes suhtlemise oskus või ka kaaskodanike kaasamise kaudu. Rahastus selliste kaasuvate teenuste osas nagu tõlketeenus, on riigiti väga erinev. Selge on aga see, et vaimse tervise teenuste kvaliteetse osutamise peamine võtmesõna on teenuse osutamise kättesaadavus inimesele talle arusaadavas keeles.

Ka kultuurilised eripärad mängivad suurt rolli vaimse tervise häirete diagnoosimisel ja ravis. Eri kultuuridel on erinevad arusaamad ja kontseptuaalsed lähenemised tervisesse ja haigusesse. Mitmed uuringud (nt Bäärnhelm *et al.* 2014; Kluge *et al.* 2012; Priebe *et al.* 2012; Lindert *et al.* 2008) kinnitavad, et teenuste osutamisel on kõige olulisem töötajate pädevus, kuid nende sobitamine kultuuriliste ja etniliste eripäradega patsientide raviks on tööandjatele väga keeruline ülesanne. Tõdetakse, et suurt vajadust nähakse töötajate mitmekülgeks koolitamiseks tööks sisserännanutege. Töötajad ja tööandjad seisavad silmitsi väljakutsetega, mida põhjustavad hirmud ja teadmatus teiste kultuuride, etniliste ja usuliste tõekspidamiste osas, millest tulenevad hoiakud ei aita kaasa nende teenuste osutamisele.

Lisaks eelnevale puuduvad Euroopas rutiinsed süsteemid kaardistamiseks ja dokumenteerimaks põgenikele, varjupaigataotlejatele ja teistele sisserändajatele osutatavaid vaimse tervise teenuseid või sellekohaseid sekkumisi. Taoliste süsteemide loomine on vajalik info kättesaadavuse seisukohast, aga ka toetuse, hoolduse, lühi- ja pikaajalise ravi ning teiste sekkumiste hindamiseks. Vaimse tervise teenuste osutamise hea tava võõrkeelsete inimeste teenindamiseks on kujunenud peamiselt praktiliste kogemuste põhjal. (Priebe *et al.* 2016)

Kokkuvõttes võib öelda, et peamiste takistustena vaimse tervise teenuste kättesaadavuse osas võõrkeelsetele psüühikahäirega inimestele saab mitme Euroopas läbi viidud uurimuse põhjal välja tuua järgmist (Pribe *et al.* 2012; Poduval *et al.* 2015; Bäärnhelm *et al.* 2014; Migrant populations... 2017; Dauvrin *et al.* 2012 ):

- sisserändajal oma õiguste ja tervishoiualaste teadmiste puudumine vastuvõtva riigi kohta;
- vastuvõtva riigi keele väga halb oskamine või keeleoskuse täielik puudumine;

- kultuurilised uskumused vaimse tervise kohta ning kultuurilised ootused tervishoiu-  
töötajate suhtes;
- usalduse puudumine vastuvõtva riigi teenuste ja ametiasutuste suhtes.

Eelnevalt sisserrännanutele vaimse tervise teenuste kättesaadavust käsitletud uurimustest saab järeldada, et head tavad, mida tasuks vaimse tervise teenuste pakkumisel järgida, on: sotsiaalse integratsiooni edendamine, tugiteenuste pakkumine, teenuste koordineerituse tagamine, tervishoiuõiguste-alase teabe pakkumine, tõlgiteenuste ja uute tehnoloogiate kasutamine ületamaks keelebarjääri, spetsialistide koolitamine tööks võõrkeelsete sihtrühmadega.

## **2. VAIMSE TERVISE TEENUSTE KÄTTESAADAVUS EESTIS VÄLISMAALASTELE NING ETTEPANEKUD TEENUSTE KÄTTESAADAVUSE PARENDAMISEKS**

### **2.1. Vaimse tervise teenuste süsteem Eestis ja välismaalastele teenuste osutamisega seonduv**

Eesti Statistika andmebaasi<sup>19</sup> kohaselt oli 2018. aasta 1. jaanuari seisuga Eestis kokku üle 1,3 miljoni elaniku, kellest 24,9% moodustasid venelased ning 6,4% olid muude rahvuste esindajad või isikud, kelle rahvus oli teadmata (kokku 84 592 inimest). 2018. aastal tuli Eestisse üle 17 tuhande inimese ning sisse- ja väljarändajate arv on aasta-aastalt suurenenud (vt lisa 6),<sup>20</sup> tullakse nii Euroopast kui ka kolmandatest riikidest.<sup>21</sup> EL-i kodanike sisse- ränne<sup>22</sup> Eestisse töö tõttu ei põhjusta sotsiaalsüsteemile suuremat koormust kui seda teeb kohalik elanikkond (Dustmann *et al.* 2014). Eestile on laienenud ka kohustus vastu võtta põgenikke, kes on aga otseseks koormaks sotsiaalsüsteemile. Valdavalt on tegemist Euroopas ümberasustavate inimestega ning praegu on sellisel moel sisenevate inimeste arv marginaalne (vt lisa 6). MTÜ Eesti Pagulasabi andmetel on Eestisse viimasel 20 aastal jõudnud umbes 400 pagulast, kellest pooled on siit tänaseks juba lahkunud.

Välismaalased tulevad Eestisse kas vabatahtlikult (töötamine/õppimine või perega (taas) ühinemine) või sunni ajel (rahvusvahelise kaitse otsijad/saajad, kriisi/sõja-põgenikest pagulased) (vt joonis 4) (Uus-sisse- ja väljarändajate... 2016; Jakobson 2018). Samuti tuleb teenuste pakkumise kavandamisel arvestada lühiajaliselt Eestis viibivate välis-

---

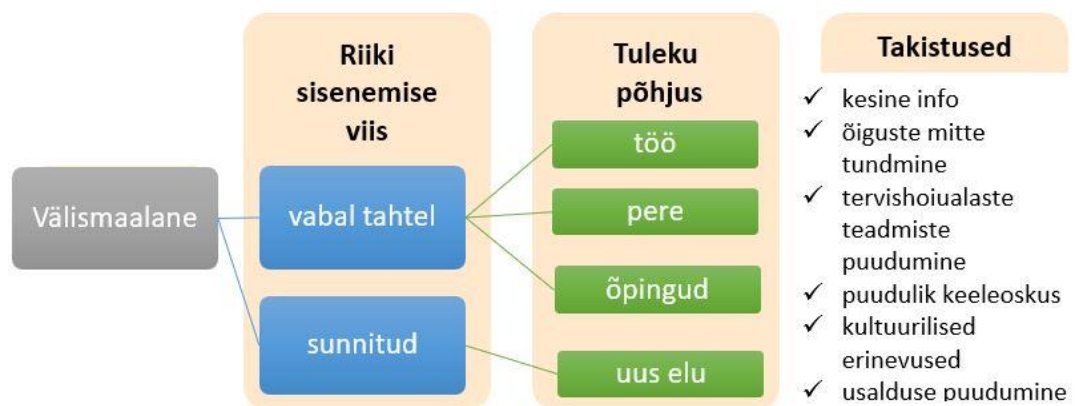
<sup>19</sup> Eesti Statistika andmebaasi rahvastikunäitajad <https://www.stat.ee/rahvastik>

<sup>20</sup> Viimane kättesaadav statistika seisuga 16.05.2019 Eesti Statistika andmebaas.

<sup>21</sup> Aastatel 2008-2018 on enim saabujaid Soomest, Suurbritanniast, Saksamaalt, Rootsist ja Lätist, kolmandatest riikidest on samal perioodil enim saabujaid Venemaalt, Ukrainast, Ameerika Ühendriikidest, Aasiast ja Aafrikast.

<sup>22</sup> Eestis ajutise viibimise ja elamise õiguslikud alused on reguleeritud EL-i kodaniku seadusega (2006). RT I 2006, 26, 191.

maalastega (nt turistid, lühiajalised töö-/õppeviisidid jne). Vabatahtlikult riiki sisenejate puhul ei pruugi vaimse tervisega seondud olla üldse oluline teema, kuid pagulaste puhul on vaimse tervise probleemide esinemine sage. Vajadus psühholoogilise toe järele on ilmne, sest nad on lahti rebitud oma keskkonnast, koduriigis käib nt sõda või on nad tagakiusatud, ka reis ise võis olla traumeeriv ja uues keskkonnas kohanemine on stressirohke. Samas võivad ka vabatahtlikult tulnud sattuda vaimse tervise probleemide küüsi nt suure töökoormuse või töö mitteleidmise tõttu, õpingutest tulenevate pingete tõttu, perekondlikest probleemidest või kultuurikonfliktidest tulenevatel põhjustel. Vaimse tervise teenuste kättesaadavuse ja teenustele pääsemise kontekstis tõstatuvad kohe probleemid info olemasolust ja kättesaadavusest välismaalastele, enda õiguste mittetundmisest, keelelised ja kultuurilised erinevused, aga ka usalduse puudumine jpt probleemid.



**Joonis 4.** Välismaalase riiki sisenemise viis, põhjus ja tõusetuvad takistused riiki jõudmisel (autori koostatud).

Toetudes Tervise Arengu Instituudi andmebaasile diagnoositakse Eestis igal aastal keskmiselt 26-27 tuhat uut psühhiaatrilist haigusjuhtu (statistika ei võimalda eristada mitte-eestlasi rahvuse järgi). 2017. aastal esines kokku psüühika- ja käitumishäireid<sup>23</sup> 93 tuhat juhtu, neist uusi haigusjuhte 27 tuhat (vt lisa 7). Enim diagnoositi 2017. aastal neurootilisi, stressiga seotud häireid<sup>24</sup> (34%), meeleoluhäireid<sup>25</sup> (21,7%) ja psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest põhjustatud häireid<sup>26</sup> (12,8%). Raskemad psüühika-

<sup>23</sup> Need on ka Euroopas enim diagnoositud häired.

<sup>24</sup> Paanikahood, ärevushäired, obsessiiv-kompulsiivsed häired.

<sup>25</sup> Bipolaarsus, maniakaalsus, depressiivsed ja afektiivsed seisundid.

<sup>26</sup> Alkohol, narkootikumid, rahustite-uinutite jms meelemürkide tarvitamine.

häired<sup>27</sup> leiavad aasta-aastalt aina vähem diagnoosimist. Tegelik haigestumiste arv on suurem, sest haigestumised on isiklikud ja nõukogudeaegne pärand hoiakutest vaimse tervise teemade suhtes on visa kaduma. Seepärast ei jõua kõik abivajajad abini ja statistika pole lõplik tõde. Psühhiaatriliste teenuste vajadus on Eesti taasiseseisvumise algusest alates pidevalt kasvanud eelnevalt mainitud enim diagnoosimist leidvate häirete osas. Kasvanud on ka inimeste tähelepanu oma vaimsele tervisele ja julgus pöörduda spetsialistide poole.

Indikaatorid, mida kasutatakse vaimse tervise probleemide mõõtmiseks, on:

- esmahaigestumise kordaja – esmahaigestumiste arvnäitajad on toodud lisas 7. Küll aga eraldiseisvalt on psüühika ja käitumishäiretest depressiooni aastane levimus 8,3% ja ärevuse aastane levimus Eestis 9,8% (Tervise Arengu Instituudi andmebaasi Tervisekäitumise viimane uuring 2014), kõigist esmastest psüühika- ja käitumishäiretesse haigestumistest on naiste osakaal kasvamas (vt lisa 7). Bogdanov *et al.* (2012) tõi vaimse tervise teenuste kaardistamise ja vajaduste analüüsis välja, et depressiooni levimus madalama sissetulekuga inimeste ja mitte-eestlaste hulgas on kõrgem.
- suitsiidide arv (suremuskordaja) - Eestis jääb meeste suitsiidide arv kõigist enesetappudest 70% piiresse (Tervise Arengu Instituudi andmebaasid). Lisast 7 on näha, et meeste suremuskordaja näitas langust 2013. aastal, kuid viimastel aastatel on jälle tõusmas; naiste suremuskordaja on alates 2016. aastast tõusnud rekordilisele tasemele ja jätkanud tõusu. Ühiskonnas toimuv on otseses seoses (nt suurenenud alkoholitarbimisest tingitud surmad depressiooni kõrgharjal) sooritatud enesetappude arvuga (Suhrke *et al.* 2006; Wahlbeck *et al.* 2011).

Rahvastiku tervise arengukavas võeti aastateks 2009-2020 eesmärk viia suremuskordaja 10% tasemele aastaks 2020 (Veldre *et al.* 2017). Viimaste aastate tendents lubab arvata, et võetud eesmärk jääb saavutamata. Vaimse tervise teenuste kättesaadavust Eestis peegeldab eelkõige ravijuhtude arv psühhiaatrikliinikutes ja -haiglates. Tegemist ei ole häirete all kannatajate tegeliku arvuga, vaid hetkel valitseva võimekusega ravi osutada.

---

<sup>27</sup> Skisofreenia ja teised skisotüüpsed häired.



Nagu peatükist 1.1 selgub, on vaimse tervise probleemidest põhjustatud mõju ühiskonnale ja majandusele laiahaardeline ning pikaajaline, sest vaimse tervise probleemidest taastumise protsess on pikk (Wahlbeck *et al.* 2011). Vaimse tervise probleemid põhjustavad nii otseseid kui ka kaudseid kulutusi nii haigestunule endale, lähedastele, tööandjatele kui ka ühiskonnale laiemalt.

- Otsesed kulud ravile ja hooldusele on üsna hästi mõõdetavad ja neid väljendatakse enamasti protsendina SKP-st. Euroopa riikides on kulutused vaimse tervise teenustele koguni 4% SKP-st, sellest otsesele ravile kulub 2% (Jong-wook 2003). Eestis ei ole vaimse tervise probleemidest põhjustatud kulutuste tõenduspõhist analüüsi veel tehtud. MTÜ Tervishoiuselts uuris koostöös Sotsiaalministeeriumi ja WHOga 2005. aastal sekkumistele tehtud otsekulusid, mõõdikuks päästetud eluaastad, mis on ka mujal maailmas antud valdkonnas kasutatav indikaator. Uuring tõestas, et kasutades kombineeritud ravi medikamentidest, rehabilitatsioonist ja teistest toetavatest teenustest saadakse tulemus, mille tõhusus kaalub üles seni eelnenud sekkumistele tehtud kulutused<sup>28</sup>. (Reinap *et al.* 2005)
- Teine mõõdetav kulutasand on seotud mõjudega tootlikkusele. See on otseses seoses psüühikahäirega inimese ja tema eest hoolitseva(te) inimese(t)e töölt puudumisega, töövõimetusega, kaotatud sissetulekuga jms. Kui ravi kättesaadavus pole piisav, siis psüühikahäirega inimeste valmisolek tööturul osalemiseks on madal. Tõhusa ravi ja taastumise korral on nt skisofreeniahaigete töövõime oluliselt suurem (50,35%) kui ilma tõhusa ravi ja toetuseta töötavate haigete hulgas (15,85%) (Veldre *et al.* 2015).

Vaimset tervist ja heaolu saab hoida ning edendada tugevdades kaitsetegureid<sup>29</sup> ja vähendades riske<sup>30</sup>. Need on ka tegurid, mis üldisemas mõttes mõjutavad inimeste toimetulekut, seeläbi ka majanduse mitmeid kulutasandeid kas positiivselt või negatiivselt. Rõhuasetus vaimse tervisega seonduvalt peaks olema ennetustegevusel, varajasel märkamisel, julgusel sekkuda, abi kättesaadavusel kriisiperioodil ja haavatavate (sh

---

<sup>28</sup> Analüüs hindas sekkumiste kulutõhusust konservatiivselt, st seal ei kajastatud sekkumistega kaasnevaid kaugemaid mõjusid nagu näiteks rahvastiku tervisliku seisundi paranemisel suurenev tootlikkus koos selle majanduslike mõjudega.

<sup>29</sup> Kaitsetegurid on: positiivne mina-pilt, head toimetuleku- ja sotsiaalsed oskused, perekondlik kuuluvus, hea füüsiline tervis, toetavad suhted peres, majanduslik kindlustatus, ligipääs toetavatele teenustele jne

<sup>30</sup> Riskid on: madal enesehinnang, vähesed toimetulekuoskused, kuritarvitamine ja vägivald, füüsiline ja vaimne puue, eakaaslaste tõrjutus, ebakindlus ja läbikukkumine, sõltuvused, toetavate teenuste puudumine jne.

sisserännanud) ning marginaliseeritud sihtgruppide nõustamisel ja toetamisel (Värnik *et al.* 2016).

Sotsiaalseadustiku üldosa seadusest (2015) tulenevalt on sätestatud sotsiaalkaitse eesmärgid<sup>31</sup>, mis kohustavad toetama ja suurendama inimese iseseisvat toimetulekut ja sotsiaalset kaasatust, looma võrdseid võimalusi, et saavutada tööhõive kõrge tase, ennetada töötust ning toetada töö- ja pereelu ühildamist. Seadusest tulenevad õigused ja kohustused on laiendatud nii Eesti kodanikele kui ka muul viisil Eestis elamiseks õigust omavatele<sup>32, 33</sup> välismaalastele<sup>34</sup> (Välismaalaste seadus 2009). Õigus vältimatut abi saada on nii rahvusvahelise kaitse saajal kui ka varjupaigataotlejal (Välismaalasele rahvusvahelise kaitse andmise seadus 2005). Selle seaduse vaates on oluline aspekt tõlgi ja tõlke tagamise regulatsioon:

- kui rahvusvahelise kaitse taotleja ei oska eesti keelt, siis kutsutakse toimingute juurde tõlk või on tal võimalus kasutada enda palgatud tõlki;
- kui välismaalane viibib Eestis seaduslikult ja ei kuulu enam rahvusvahelise kaitse seaduse alla, siis pole tal võimalik saada riigi poolt rahastatud tõlketeenust, isegi mitte arestimajas viibides.

Kohalikud omavalitsused on kohustatud korraldama ja andma abi<sup>35</sup> sotsiaalteenuste, toetuste, vältimatu sotsiaalabi ja muu abi näol (Sotsiaalhoolekande seadus 2015). See laieneb ka Eestis ajutiselt viibivatele välismaalastele. Igale inimesele<sup>36</sup> laieneb kohustus märgata abivajajat ja teavitada sellest kohaliku omavalitsuse sotsiaalhoolekannet.<sup>37</sup>

---

<sup>31</sup> Sotsiaalkaitse põhimõtete all käsitletakse inimväärikust, isiku omavastutust, solidaarsust, avaliku võimu selgitamis- ja abistamiskohustust, sotsiaalkaitse konfidentsiaalsust ja koostööd. Sätestatud on sotsiaalkaitse põhimõtted ja korraldus, hüvitiste andmise alused, isiku õigused, kohustused ja vastutus sotsiaalkaitse kohaldamisel, ka rahastamise korralduse ning infosüsteemi pidamise alused. (Sotsiaalseadustiku üldosa seadus 2015).

<sup>32</sup> Eestis püsiv elamine on Eesti kodaniku või Eesti elamisluba või elamisõigust omava välismaalase Eestis viibimine vähemalt 183 päeva aasta jooksul.

<sup>33</sup> Alaline elanik on Eestis elav Eesti kodanik või Eestis elav välismaalane, kellel on pikaajalise elaniku elamisluba või alaline elamisõigus.

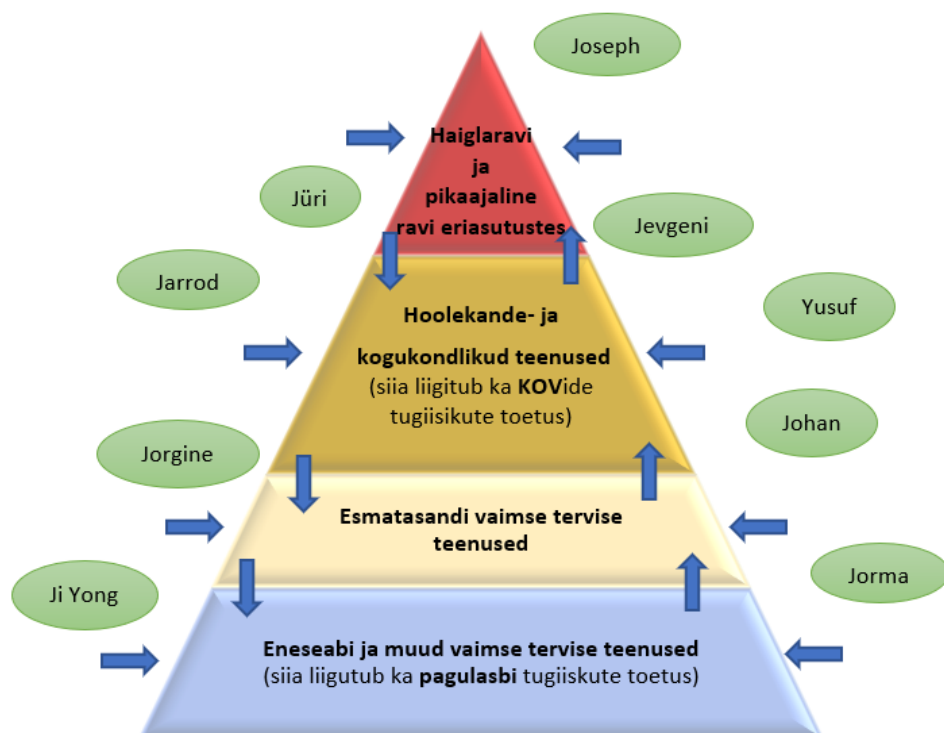
<sup>34</sup> Välismaalane on isik, kes ei ole Eesti kodanik.

<sup>35</sup> Sh koduteenus, väljaspool kodu osutatav üldhooldus, tugiisikuteenus, täisealise isiku hooldus, isikliku abistaja teenus, varjupaigateenus, turvakoduteenus, sotsiaaltransporditeenus, eluruumi tagamine.

<sup>36</sup> Nendeks isikuteks võivad olla näiteks abi vajava isiku perekonnaliikmed, kohtunik, politseinik, prokurör, hoolekande-, tervishoiu- ja haridusasutuse töötaja ja teised isikud.

<sup>37</sup> Osa teenuseid osutab riik ise või läbi oma partnerite. Riigi korraldatav abi (teenused): abivahendi ostmisel või üürimisel tasu maksmise kohustuse riigi poolt ülevõtmine, sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmine, erihoolekandeteenused, isiku nõusolekuta hooldamine kohtumääruse alusel, lapsehoiuteenus, asenduskoduteenus, lapse hooldamine perekonnas.

Psüühilise erivajadusega inimeste toetamise süsteem Eestis on mitmetasandiline. Teenuste süsteemi kujutab joonis 5. Teenustele on võimalik siseneda läbi kõigi tasandite. Vaimse tervise teenuste, sh ka esmatasandi ravi, on reguleeritud psühhiaatrilise abi seadusega<sup>38</sup>; hoolekandeteenused on Sotsiaalkindlustusameti poolt reguleeritavad, rahastatavad ja kontrollitavad ning neid osutavad lepingulised partnerid. Viimased on ka peamised teenused, mida osutatakse vaimse tervise teenuste järelteenustena psüühilise erivajadusega inimestele, sh Eestis elavatele välismaalastele.



**Joonis 5.** Vaimse tervise teenustasandid ja nende sisenemine (autori koostatud).

Psühhiaatriline abi, sh haiglaravi ja pikaajaline ravi eriasutuses on tasand, mille alla liigitub Eestis riiklikult rahastatud psühhiaatriline abi. Seda osutatakse psühhiaatria-haiglates või -kliinikutes. Üldhaiglad võivad, aga ei pea pakkuma psühhiaatrilise abi teenuseid (Haigla liikide nõuded 2004). Eestis on valitsuse määrusega kinnitatud kolm piirkondlikku haiglat ja neli kesonhaiglat, millel on kohustus osutada psühhiaatrilisi tervishoiuteenuseid. Riiklikult rahastatud psühhiaatrilist abi osutavad Haigekassa lepingupartnerid, kellel on vastav tegevusluba olemas (erapsühhiaatrid). Pikaajalist ja

<sup>38</sup> Psühhiaatrilise abi seadus. (1997). RT I 1997, 16, 260.

sundravi osutavad Jämejala haigla (SA Viljandi Haigla koosseisus), Wismari haigla ja SA Ahtme Haigla. Kuna eriarstiabi pole piisavalt kättesaadav, ei regiooniti ega ka tõmbe-keskustes (pikad ravijärjekorrad), siis peetakse Eestis otstarbekaks, et võimekus diagnoosida ja ravida psüühikahäireid liiguks perearstide tasandile (Psühhiaatria arengukava... 2015).

Hoolekande- ehk kogukondlike teenustena käsitletakse sotsiaalhoolekande seaduse (2015) mõistes järgmisi vaimse tervise teenuseid:

- sotsiaalteenused – nende seas rehabilitatsiooniteenus, sotsiaalnõustamine, tugiisikuteenus ja hooldusteenused (ka järeleteenustena ravile);
- erihoolekandeteenused – nende seas igapäevaelu toetamise teenus, kogukonnas elamise teenus, töötamise toetamise teenus, toetatud elamise teenus, ööpäevaringne erihooldeteenus;
- tugiisikuteenus;
- riikliku tervishoiusüsteemi kaudu mitterahastatav psühholoogiline ja psühhiaatriline abi.

Esmatasandi teenuste alla liigituvad perearstid ehk üldarstiabi, töötervishoiuteenuste osutajad ja koolitervishoiuteenuste osutajad (koolipsühholoog ja sotsiaalpedagoog). Selle tasandi teenused, olles tihedalt integreeritud üldiste tervishoiuteenustega, on Eestis enamasti kättesaadavad.

Eneseabi ja vaimse tervise tugiteenused on jõudsalt arenemas. Siia kuuluvad nt eneseabigrupid, lähedaste tugigrupid, hingehoiuteenus, usaldustelefon ja ka teised nõustamisvormid, mille peamine eesmärk on haiguste ennetamine, tervise parandamine ja taastamine. Vabatahtlikkuse alusel tegutsevad teenuseosutajad ega ka teenusekasutajate nõuande- ja koostöögrupid pole Eestis kättesaadavad, küll aga on teenuse liigina arenemas kogemusnõustamine. Kasvamas on inimeste arv, kes on psüühikahäirest suurepäraselt taastunud ja leiavad endas jõudu ning tahet läbi oma kogemuse aidata teisi abivajajaid. 2015. aasta lõpus võeti Eestis vastu „Kogemusnõustaja koolituskava“ (Kogemusnõustaja koolituskava 2015), mis annab üldise raamistiku kogemusnõustajate

ettevalmistusele. Riikliku rahastuse toel piloteeritakse kogemusnõustamise teenust<sup>39</sup>, et jõuda järeldusele, kas taoline teenus võtta püsivalt riiklike teenuste nimistusse koos püsiva riikliku rahastusega.

Pagulaste ümberpaigutamine EL-is tingis 2015. aastal esmakordselt Eestis pagulaste vastuvõtmise tegevuskava loomise ja juhised nimetatud tegevuskava elluviimiseks, sh seaduste kohaldamist vastavaks (Täpsustatud tegevuskava Euroopa ... 2015). Uurimuse vaates on oluline märkida, et tegevuskava kohaselt viiakse läbi pagulaste esmane tervisekontroll lennujaamas kiirabi poolt ja hiljem tehakse pisut põhjalikum terviseuuring, rõhuasetusega tuvastada võimalikud nakkushaigused, kuid inimese vaimse tervise seisundi psühhiaatrilist hindamist selles tegevuskavas ei olnud. 2016. aastal võttis Vabariigi Valitsus vastu välismaalastele rahvusvahelise kaitse andmise seaduse uue redaktsiooni, millega sätestati, et arstlik läbivaatus on võimalik vaid rahvusvahelise kaitse taotleja nõusolekul. Samuti on lisandunud sätted, mis kohustavad hindama ja arvestama taotleja erivajadusi. Selle alla arvatakse ka vaimse tervise probleemid, kuid isik loetakse erivajadusega taotlejaks vaid pärast seda, kui Politsei- ja Piirivalveamet, muu haldusorgan või ekspert on isiku erivajaduse tuvastanud.<sup>40</sup> Siinkohal tuleb rõhutada, et igal inimesel on õigus mitte avaldada oma delikaatseid isikuandmeid, sh ka vaimsesse tervisesse puutuvaid.

Eesti sotsiaalkaitse süsteemi korralduse efektiivsuse analüüs (Eesti sotsiaalkaitse... 2011) tõi välja mitmeid puudusi süsteemi korralduses, olukord pole praeguseks palju muutunud. Valdkond on korraldatud selliselt, et Sotsiaalkindlustusamet kui valdkonda juhtima pidav organisatsioon on sisuliselt ilma juhtimisfunktsioonita. Sotsiaalministeeriumil puudub partner analüüsitegevustes vaatamata sellele, et Tervise Arengu Instituut peaks seda rolli kandma. Sotsiaalhoolekanne ja valdkondlikud tugiteenused vajavad tugevamat riigipoolset koordineerimist. Erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuste korraldus pole tõhus ega kliendisõbralik, ei taga ühtlast teenuste kättesaadavust ega motiveeri teenuse osutajaid parandama teenuste kvaliteeti. Rehabilitatsiooniprotsess, mis süsteemis on

---

<sup>39</sup> Rahastatud projektina (Eesti Töötukassa ja Tallinna Vaimse Tervise Keskuse vaheline leping) piloteeriti kogemusnõustaja teenust psüühikahäiretega inimestele töötukassa kaasabil 2016. aastal. Teenuse osutamise fookus oli tööle suunatud tegevused psüühikahäirete sihtgrupis. (Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sisematerjalid)

<sup>40</sup> Välismaalasele rahvusvahelise kaitse andmise seadus. (2005). RT I 2006, 2, 3

jaotatud sotsiaalseks ja tööalaseks rehabilitatsiooniks, pole praktikas omavahel seostatud. Sotsiaalkindlustusamet ja Eesti Töötukassa on nende teenuste osutajad, kuid need kaks asutust omavahel koostööd ei tee. (Eesti sotsiaalkaitse... 2011). Sama tõdeti magistritöö raames Tallinna Vaimse Tervise Keskuse juhkonnaga läbiviidud intervjuus (vt ptk 2.2). Taoline olukord pole kliendi huvidest lähtuv ega ka ressursisäästlik. Ilmestamaks olukorda on lisas 8 toodud sotsiaalkaitse süsteemi institutsioonid, mis omavad otsest seost vaimse tervise teenuste tagamisel muu hulgas välismaalastele. Eelnimetatud puuduste likvideerimiseks tuuakse 2011. aasta sotsiaalkaitse süsteemi korralduse analüüsis (Eesti sotsiaalkaitse... 2011) välja peamiste vajalike tegevustena Sotsiaalkindlustusameti funktsioonide ümbertegemine koos rehabilitatsiooni- ja erihoolekandeteenuste osutamise aluspõhimõtete ümberkorraldamisega. Autor, tuginedes senisele töökogemusele, nõustub soovitusel täielikult, sest see on tasand, millelt teenused ja nende kättesaadavus tagada tuleb.

Nii 2012. aastal valminud Tervise Arengu Instituudi tellitud vaimse tervise teenuste kaardistamise ja vajaduste analüüsis (Bogdanov *et al.* 2012) kui ka rahvastiku tervise arengukava vaimse tervise valdkonna 2017. aasta vahehindamises (Veldre *et al.* 2017) on öeldud, et vaimse tervise teenuste süsteem Eestis on killustatud, teenuste kättesaadavus pole piisav või pakutavad teenused ei vasta vajadustele. Puudustena toodi nendes analüüsides välja<sup>41</sup>: toetavate teenuste ja süsteemide korrastamatust, teenustele ligipääsetavuse ebapiisav taset (nii piirkonniti kui ka sihtgruppide lõikes) ja kõikevõivat teenuste kvaliteeti, teenustele suunamine pole alati vajaduspõhine, teenuste sisustamine pole piisavalt läbimõeldud ning rõhutati, et teenuste arendamine on riiklikult killustunud. Samuti ka seda, et spetsialistide ettevalmistus on ebapiisav ja leiab aset nende mittesihhipärane rakendamine süsteemis, huvi leigus eriala õppida või töötada antud sihtgrupiga, samuti puudused teenuste rahastamissüsteemis. Rõhutati, et eelarvamused ja puudulikud teadmised sihtgrupist on peamised pärssijad, miks abi ei jõua õigel ajal abivajajateni.

2016. aasta tööturuseire sotsiaalvaldkonna uuring keskendus hoolekandetasutuste tööjõu- vajaduse analüüsile. Valdkonnas valitseb kriitiline puudus tegevusjuhendajatest ja tugi-

---

<sup>41</sup> Takistused teenustele ligipääsetavusel ja suunamise vajaduspõhisus tõusetusid kriitiliselt ka magistritöö koostamise käigus tehtud intervjuudes (vt peatükk 2.2)

isikutest, kes tegeleksid psüühilise erivajadusega inimestega (Jõers-Türn *et al.* 2016). Samale viitas Riigikontroll 2008. aasta auditis „Riigi tegevus psüühiliste erivajadustega isikute riikliku hoolekande korraldamisel“, rõhutades vajadust tegevusjuhendajate täiendkoolituse järele, mis tagaks ühtlasema teenuste kvaliteedi (Riigi tegevus... 2008). Sotsiaalvaldkonna tööturuseire raporti (Jõers-Türn *et al.* 2016) kohaselt mõjutab järgneval kümnendil valdkonna tööjõu ja oskuste vajadust suund, mis seab eesmärgiks iseseisva toimetuleku ja kogukonna teenuste arendamise vajaduse, ennetustöö ja kohalike omavalitsuste koostöö parendamise. Nähakse vajadust ümber- ja täiendõppeks, sest valdkonda on sisenenud palju teise tasemeharidusega inimesi. Raporti kohaselt kerkis esile vähene võõrkeelte oskus kui kriitilise tähtsusega oskus. Arendamist vajavate oskuste pingereas on keelteoskus neljandal kohal<sup>42</sup>. Kasvavat vajadust nähakse inglise, prantsuse, saksa ja soome keele oskuse järele. Euroopa üha kasvavate rände ja pagulasprobleemide foonil soovitatakse mõelda ka esmase araabia keele oskuse omandamisele (Jõers-Türn *et al.* 2016). WHO vaimse tervise teenuste kättesaadavuse raportis (Petrea *et al.* 2008) deklareeris Eesti, et keelelisi probleeme lahendatakse situatsioonipõhiselt. Suurim rahvusvähemus on vene keelt kõnelevad inimesed ja neile on teenuste kättesaadavus tagatud kõigil tervishoiu tasanditel (Petrea *et al.* 2008). Autori senine kogemus annab alust arvata, et vene keele oskus on saamas probleemiks nooremaelaste teenuseosutajate seas. Praegu veel jätkub vene keele oskajaid igal elualal, kuid järgneval kümnendil võib see osutuda suureks probleemiks. Kui psüühikahäirega inimene on vene keelt kõnelev ja teda teenindab noorema põlvkonna teenuseosutaja, kelle vene keele oskus on kesine, siis kannatab ka teenuste kvaliteet.

## **2.2. Välismaalastele vaimse tervise teenuste kättesaadavuse uuringu meetoodika**

Uurimisprobleemi ulatuse tuvastamiseks kaardistati psüühikahäiretega välismaalastele teenuste kättesaadavus läbi teenuse osutajate. Uuriti, millises mahu ja missugune on senine kokkupuude välismaalastega ning milliste takistuste ja probleemidega on pidanud teenuseosutajad kokku puutuma. Küsitleti ja intervjueriti vaimse tervise teenuste

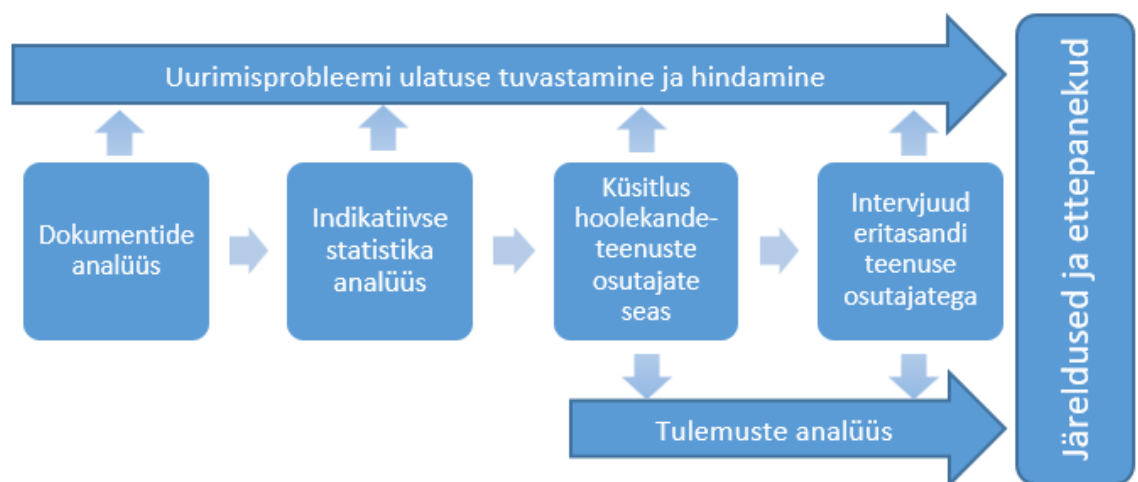
---

<sup>42</sup> Arendamist vajavate oskuste pingerida: erialased teadmised ja oskused, humanistlik väärtusbaas, isikukeskne lähenemine, keelte oskus.

osutajad erinevatelt tasanditelt. Valimisse lisati ka pagulasabi pakkuja, kes on väravaks välismaalaste sisenemisel riiki sunnitud viisil. Töö vaates on olulised indikaatorid nii seaduslik ränne kui ka rahvusvahelise kaitse programmi raames Eestisse saabuvad välismaalased, eriti kui nad plaanivad ennast Eestiga siduda pikemaks ajaks, sest siis on tõenäosus vajada vaimse tervise teenuseid suur. Küsitluse ja intervjuude tulemuste osas oli ootus saada vastused järgmistele uurimisküsimustele:

- Milliseid teenuseid praegu Eestis osutatakse psüühilise erivajadusega välismaalastele?
- Kas vaimse tervise teenused on Eestis kättesaadavad ka võõrkeelsetele inimestele?
- Milline peab olema teenuse osutaja (töötaja/asutuse) ettevalmistus võõrkeelse kliendi teenindamiseks?
- Millistes keeltes on täna võimekust välismaalasi teenindada ja millistes keeltes nähakse vajadust teenuste osutamisel?
- Kas tõlgi kaasamine antud sihtgrupiga töös on õigustatud, milline on senine kogemus ning kuidas võiks olla rahastatud tõlgi kaasamine (dokumentide tõlkimine)?
- Millised on peamised takistused psüühilise erivajadusega välismaalaste teenindamisel teenuste, töötajate ja seadusest tulenevate probleemide vaates?
- Milliseid tegevusi peaks tegema välismaalaste teenindamisel tulevikus teenuste kättesaadavuse parandamiseks?

Alljärgneval joonisel 6 on toodud uuringu teostamiseks kasutatud meetoodiline skeem.



**Joonis 6.** Empiirilise uuringu läbiviimiseks kasutatud meetoodika (autori koostatud).



Kasutatud andmeallikateks on:

- dokumendid - sotsiaalkaitsealane õigusraamistik, vaimse tervise valdkonda reguleerivad normatiivaktid, valdkondlikud aruanded, uurimused ja analüüsid ning soovitusel ja poliitikasuunised rahvusvahelistelt organisatsioonidelt valdkondlike heade tavade ning põhimõtete rakendamiseks ja järgimiseks;
- statistilised andmed Eesti Statistikaametilt, Tervise statistika ja tervise uuringute andmebaasist (TAI), Euroopa sotsiaalsekaitset võrdlevatest andmebaasidest (MISSOC<sup>43</sup>) ja WHO andmebaasist<sup>44</sup> olukorra ja trendide kirjeldamiseks;
- küsitlus hoolekandeteenuste osutajate seas;
- poolstruktureeritud intervjuud eri tasandi teenuste osutajatega;
- Tallinna Vaimse Tervise Keskuse pakutavate teenuste ja nende osutamisega seonduva analüüs välismaiste klientide kontekstis;
- autori enda pikaajaline töö valdkonnas ja osalemine erinevates töörühmades, mille fookus oli regulatsioonidel ja kulumudelitel, eesmärgiga sisustada ja hinnastada teenused õiglasemalt.

Valdkonnas valitsevast olukorrast põhjalikuma ülevaate saamiseks viidi läbi küsitlus (vt lisa 9) erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuste osutajate seas, kelle tegevusalaks on tegevusalade klassifikaatori EMTAK<sup>45</sup> järgi vaimupuudega ja psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne (kood 8720). Küsitlus viidi läbi LimeSurvey<sup>46</sup> keskkonnas. Küsitlus oli vastajatele avatud 04.02.2017-15.02.2017. a. 13.02.2017 edastati meeldetuletus, et küsitlus on veel avatud ja palve leida võimalus vastamiseks neil, keda uurimisteema otseselt puudutab. Küsitluses osalemine oli anonüümne, analüüsi teostamisel ei seotud vastuseid asutusega. Küsitluse koostamise hetkel oli erihoolekande- ja rehabilitatsiooni-teenuste osutajatena registreeritud<sup>47</sup> 232 asutust üle Eesti. Küsitluses osalemiseks saadeti elektrooniline kiri majandustegevuse registris leitavale e-posti aadressile. Lisatud oli

---

<sup>43</sup> Mutual Information System on Social Protection Comparative Tables Database.

<sup>44</sup> European Health Information Gateway. (2019). WHO

<sup>45</sup> Eesti Majanduse Tegevusalade Klassifikaator (EMTAK) on rahvusvaheliselt ühtlustatud klassifikaatori NACE Eesti rahvuslik versioon, mille loomisel on arvestatud Eesti majanduse eripära ning vastavat õigusraamistikku. EMTAK on aluseks tegevusala määramisel, mis on omakorda oluliseks allikaks erineva valdkonnastatistika tootmisel. Samuti võimaldab tegevusaladesse liigendamine rahvusvahelist võrreldavust vastava valdkonna sees.

<sup>46</sup> Tartu Ülikooli veebipõhiste küsimustike koostamise keskkond LimeSurvey. <https://survey.ut.ee/>

<sup>47</sup> Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumi hallatav majandustegevuse register (MTR) koondab infot erinõuetega tegelevate ettevõtjate poolt esitatud majandustegevusteadetest ja neile antud tegevuslubadest.

palve, juhaks kui küsitluse saaja pole pädev küsitlusele vastama, edastada küsitlus võtmeisikule, kellel on vastav pädevus. Meeldetuletuse hetkeks oli küsitlusele vastanud 22 asutust. Peale meeldetuletust lisandusid veel kümne asutuse vastused. Küsitlusega tutvus küsitluskeskkonnas 169 asutust, neist 135 loobus vastamisest, 2 jätsid vastamise pooleli ja 32 vastasid küsitluse lõpuni. Vahetult peale küsitluse edastamist valimile laekus teateid asutustelt, kes tegelikult ei tegele psüühikahäire sihtgrupiga. Samuti laekus teateid sellest, et asutus ei tegele ja ei plaani tegelema hakata välismaalastega ja seepärast nad ei osale küsitluses. Oletada võib, et 135-st küsitlusega tutvunud, kuid vastama mitte asunud asutust loobusid vastamisest just seepärast, et nad ei teeninda välismaalasi või pole psüühikahäire nende sihtgrupp.

Mitmest vastusest jäi kõlama kahtlus, et küsimuste tõlgendamisel jäi ruumi ja neid mõisteti erinevalt<sup>48</sup>. Sellest tulenevalt sai otsustavaks viia läbi täiendavad intervjuud teiste tasandite vaimse tervise teenuste osutajatega, et seeläbi maksimeerida kasu, mida küsitlus piisavalt ei andnud (vt lisa 9 ja 10).

- Ravitasandi vaates viidi läbi intervjuu PERHi psühhiaatriakliiniku juhi Kaire Adamsoo ja esmaste psühhoside integratiivravi osakonna juhataja dr Erika Saluveeriga (Tallinnas 06.07.2017).
- Hoolekande- kogukondlike teenuste tasandil, lisaks saadetud küsitlusele, viidi läbi intervjuu Tallinna Vaimse Tervise Keskuse juhtkonna liikmetega (Tallinnas 07.04.2017). Kohalikele omavalitsustele, mis antud töö vaates on samuti hoolekande ja kogukondlike teenuste osutaja, küsitlust ei saadetud, sest 2014. aastal Eesti Patsientide Ühingu poolt tehtud küsitlus käsitles sotsiaal- ja hoolekandeteenuste osutamist ning selles osas oli info kaetud teostatud uuringu analüüsiga (Uri 2014).
- Esmatasandi tervishoiutöötajate vaates sooviti läbi viia intervjuu Perearstide Liidu esinaiseaga. Vaatamata korduvatele päringutele jäi kontakt saavutamata.
- Eneseabi ja mitteametlike vaimse tervise teenuste tasandi vaates sooviti teha intervjuu Külli Mäega, kes on Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühingu ning Heaolu ja Taastumise Kooli juhatuse liige. Külli Mäe keeldus intervjuust. Täiendavalt viidi läbi

---

<sup>48</sup> Hilisem küsimuste ja vastuste analüüs viis tõdemuseni, et „Tugiisikuteenuse“ osa võis olla ebaselge, sest sama nimetusega teenust pakuvad kohalikud omavalitsused ja pagulastega tegelevad organisatsioonid ning sama nimetusega teenus on erinevalt sisustatud erihoolekandeteenuste ja pagulasabiteenuste regulatsioonides. Selgus ka, et vastajad ei olnud piisavalt tähelepanelikult lugenud küsitluse sissejuhatust, kus rõhutati vastamise olulisust vaid välismaalaste kontekstis, jättes välja vene keelt kõnelevad isikud.

intervjuu MTÜ Eesti Pagulasabi juhi Eero Jansoniga (Tallinnas 04.07.2017). Pagulasabi keskuste poolt pakutavat tugiisikuteenust saab pidada mitteametlikuks vaimse tervise teenuseks, mille peamine roll on märgata ja aidata jõuda professionaalse abini.

Eesti süsteemide näitlikustamiseks kasutatakse Tallinna Vaimse Tervise Keskuse toime- mudeleid ning muud iseloomulikku valdkonnast põhjalikuma ülevaate saamiseks. Keskus loodi 2000. aastal Tallinna linna hoolekandenasutusena, kuid organisatsiooni tegevuse juured ulatuvad aastasse 1996, kui alustas tegevust keskuse esimene üksus – Haabersti klubimaja. Asutusel on kokku seitse erinevat üksust üle Tallinna ja lisaks kaks rühmakodu. Asutuse tegevus on rahastatud<sup>49</sup> peamiselt omatuludest, mis saadakse riigile osutatavate teenuste müügist (60,26%), Tallinna linna eraldatud vahenditest (31,28%), projektipõhistest tuludest (5,68%) ja tasulistest teenustest eraisikutele (2,79%). Keskuses töötas 2018. aasta lõpu seisuga 63 põhikohaga töötajat, lisaks käsunduslepinguga töötavaid spetsialiste 131 inimest, nende seas 4 kogemusnõustajat. 2018. aastal pakuti riiklikult rahastatud teenuseid<sup>50</sup> kokku 950 inimesele. Neile lisandusid tasulised teenused, sh võõrkeelsetele klientidele. Teenuste loetelus on mitmesugused rehabiliteerivad ja igapäevaelu toetavad teenused, sh ka tööle suunatud teenused. Põhitegevusele lisaks pakutakse mitmesuguseid koolitusi vaimse tervise valdkonna spetsialistidele. Asutus kasutab oma töös CARE<sup>51</sup> (*Comprehensive Approach of Rehabilitation* e kõikehõlmav rehabilitatsioon) metoodikat.

### **2.3. Vaimse tervise teenuste kättesaadavusega seonduvad probleemid välismaalaste puhul**

Magistritöö raames läbiviidud uuringu tulemusena võib öelda, et peamised probleemid välismaalaste vaimse tervise teenuste kättesaadavusega seonduvad:

- info kättesaadavusega teenuste kohta ning osaliselt ka teenustele sisenemise probleemidega;

---

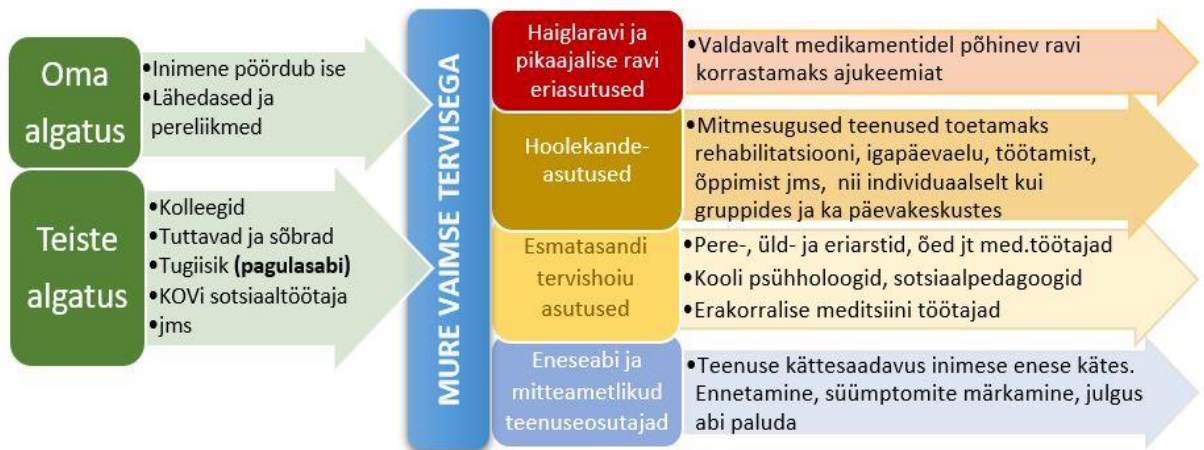
<sup>49</sup> Tallinna Vaimse Tervise Keskuse tegevusaruanne 2018.

<sup>50</sup> Erihoolekandeteenused 425 inimest, rehabilitatsiooniteenused 403 inimest, kaitstud töö teenus 32 inimest ja tugiisikuteenus 90 inimest.

<sup>51</sup> The CARE Network. (2019). CARE metoodika rahvusvaheline keskus.

- teenuse saamisel teenuse osutamise keelega ja/või tõlke võimalusega, samuti mängivad rolli kultuurilised erinevused;
- samuti määrab teenuste kättesaadavusel ja kvaliteedil suurt rolli erinevate institutsioonide omavahelise koostöö puudulikkus ja süsteemi killustatus.

Järgnevalt tutvustatakse läbiviidud uuringu tulemusi nende teemade lõikes ning fookuses on eelkõige hoolekande- ja raviteenused ning ka eneseabi tasand. Nagu eelnevast teada, siis teenusele võib siseneda läbi erinevate tasandite (vt ptk 2.1 joonis 5) ja olles teenusel võib tasandite vahel ka liikuda. Kuidas inimene jõuab abini ja millised on erinevatel tasanditel pakutavad vaimse tervise teenused on toodud alljärgneval joonisel 7.



**Joonis 7.** Välismaalase teenusele jõudmine (autori koostatud).

Informatsiooni kättesaadavus teenuste kohta on võtmetähtsusega selleks, et saada aru õigusruumist, oma võimalustest seisundi parandamiseks (Kallas *et al.* 2014). Nii intervjuud kui küsitlus tõid välja, et valdav osa vajaminevast infost vaimse tervise teenustele pöördumiseks on leitav vaid eesti keeles<sup>52</sup>. Riigiportaalis [www.eesti.ee](http://www.eesti.ee) on osa infost leitav inglise keeles, ka e-teenuseid on võimalik kasutada võõrkeeles, kuid võõrkeelse teeninduse jaoks tuleb avaldus esitada eesti keeles (Kallas *et al.* 2014). Sisserännanutel on keeruline leida infot neid abistavate organisatsioonide kohta info (Uus-sisserändajate...2016). Tartu Ülikooli Rakendusuuringu Keskuse 2016 aasta uus-sisserännanute teenuste arendamiseks koostatud juhendis on antud soovitus luua ühtne

<sup>52</sup> Töötukassa kodulehel on inglise keelne info leitav kuid iseteenindusportaal on siiski vaid eesti keeles.

infokeskkond koondamaks Eesti kohta infot (Tamm *et al.* 2016). Soovitus on tänaseks teostatud (vt [www.settleinestonia.ee](http://www.settleinestonia.ee)), paraku viib see leht linkide kaudu juba tuttavatele lehtedele, mis ei võimalda infot teistes keeltes. Lähiriikidest saab eeskujuks tuua Soome kus oluline info riiklike süsteemide kohta on koondatud kahele aadressile [www.infopankki.fi](http://www.infopankki.fi) ja <http://www.kela.fi>. Mõlemad lehed annavad infot enam kui kümnes erinevas keeles ja ka viipekeel on esindatud läbi lihtsa videomaterjali.

Eestis on esmatasandi arstiabi ja perearstisüsteemi puudutava info kättesaadavuse eelduseks inglise keelse info olemasolu. Info on hajali ja ei anna tervikpilti tervishoiukorralduse kohta. Ka perearsti nõuandeliin teenindab vaid eesti ja venekeeles sest teiste keelte oskus pole nõutav. MTÜ Eesti Pagulasabi esindaja kinnitas vaimse tervise teenuste alase info puudust. Kohanemiskoolitustel<sup>53</sup> räägitakse põgusalt sotsiaalkaitsesüsteemist, aga seda tehakse peamiselt esmatasandi arstiabi vaates (nt õigus perearstile, kehtib visiiditasu, millise arsti juurde vaja võtta suunamiskiri). Koolituselt kaasa antavatest materjalidest on leitav viide ohvriabile, kuid vaimse tervise temaatikat puudutav info puudub. Kohanemiskoolitus on kättesaadav kõigile välismaalastele, ainult mitte pagulastele. Pagulasabi tugisikud suurtes piirides teavad, kuidas vaimse tervise teenustele saab. Vajadusel pöörduakse psühhiaatri poole, kuid perearstid pagulasi ei aita. Nende poolt osutavate teenuste rahastuskomponentide seas puudub pagulastele esmatasandi vaimse tervis teenuste osutamisega seotud komponent.

Ohvriabiteenuse<sup>54</sup> (vt ptk 2.2.1) osutajad on MTÜ Eesti Pagulasabile edastanud nimekirja psühholoogidest kes räägivad inglise keelt aga nimekiri on lühike. Ohvriabi enda töötajatest on vaid 4-5 sellist, kes suudavad inglise keeles suhelda. Levinud on tunne, et inglise keeles suudetakse teenuseid osutada, reaalsus on teine. Isegi kui räägitakse inglise keelt ei tähenda, et selles keeles suudetakse teenust osutada. Raviastutustes peaks töötajatel, lisaks nimesildile, olema viited ka suhtluskeeltele. Kättesaadavaks tuleks teha spetsialistide nimistud, kes milliseid teenuseid osutab ja millistes keeltes. Sama info võiks olla kättesaadav tõlkide kohta koos viitega, kes suudab teenindada sotsiaalvaldkonnas ([www.eesti.ee](http://www.eesti.ee) ja [www.riik.ee](http://www.riik.ee) ja [www.estonia.ee](http://www.estonia.ee)). Nimetatud teave peab jõudma pere–

---

<sup>53</sup> Kohanemiskoolitus on kättesaadav kõigile välismaalastele, mitte ainult pagulastele.

<sup>54</sup> Riiklik teenus mille alla Sotsiaalministeerium laiendas vajadusel pagulastele psühholoogilise abi andmise.

arstideni, kohalike omavalitsusteni ja psühhiaatriteni aga ka hädaabi osutajateni. Taolise infokanali loomine ja haldamine peaks olema riigi huvi.

Näiteks Tallinna Vaimse Tervise Keskusesse jõuab välismaalasest klient sõprade ja tuttavate soovitude ja abiga. Tavapärased infoallikad on koduleht ja sotsiaälvõrgustikud. Kui teenuse osutaja nimes sisaldub viide teenusele on lihtsam jõuda soovitud allikani, muul juhul on see keerulisem. Näiteks googeldades inglise keeles „*mental health* Tallinn“ saadakse valikusse Tallinna Vaimse Tervise keskus, siis Psühhiaatrikliinik ja siis Confido erakliinik, kuid sealt edasi teiste teenuseosutajateni jõudmine on komplitseeritum. Tallinna Vaimse Tervise Keskus peab vajalikuks oma kodulehele koondada, silmas pidades välismaalasi, inglise keelset infot vaimse tervise valdkonda puutuva osas. Tõdetakse, et iga lisanduv keel toob kaasa kodulehe administreerimis- kulude tõusu aga vähemalt ingliskeelse baasinfo olemasolu peaks olema hädapäraselt tagatud. Hoolekandeesutuste seas läbiviidud küsitlusest selgus, et infot teenuste ja asutuste kohta saadakse 22,9% juhtudest teenusele suunanud Sotsiaalkindlustusameti spetsialisti kaudu. Asutuste kodulehtede, sõprade ja tuttavate kaudu on saadud infot 8,6% juhul. Vaid üks vastanutest mainis vajaliku infoallikana sotsiaalmeediat (2,9%). Muid infoallikaid mainiti 25,7% juhul (milleks ei ole sotsiaalmeedia, *Facebook* ega ka messid jt infopäevad või paberväljaanded). Tähelepanuväärne on, et küsitlusele vastanud hoolekandeesutustest 14,3% pole huvitatud võõrkeelsete klientide teenindamisest ja neile eraldi teavitustegevust ei tehta.

Vaimse tervise teenused eri teenustasanditel ja neile sisenemine. Need, kes on Eestisse jõudnud vabal tahtel, jõuavad teenusteni sarnastel alustel kui Eestis elavad kodanikud. Pagulaste puhul on eelduseks, et nende riiki sisenemisel pööratakse moel või teisel tähelepanu inimese vaimsele tervisele, kuid see osa terviseseisundist jääb üldjuhul varju, kuna vaimse tervise seisundi hindamise kohustust ei ole.<sup>55</sup> Peamised teenused, mida MTÜ Eesti Pagulasabi rahvusvahelise kaitse saanutele pakub on tugiisikuteenus ja kohanemis-mentorite poolt pakutavad toetavad teenused iseseisva toimetuleku tagamiseks. Pagulasabi keskused asuvad nii Tallinnas kui Tartus. Neis töötab vabatahtlikkuse alusel

---

<sup>55</sup> Sotsiaalministeeriumil jäi omal ajal vaimse tervise temaatika tähelepanuta ning regulatsioonidest välja. Peale teema tõstatamist lahendati see ohvriabiteenus<sup>55</sup> kaudu kuhu vajadusel on võimalik inimene suunata hinnangu saamiseks. MTÜ Eesti Pagulasabil psühhiaatritega otsest koostööd ei ole.

kokku ca 100 tugiisikut. Nii teenuse osutaja kui ka teenuse saaja on selles suhtes vabast tahtest ja mõlemal osapoolel on õigus igal hetkel sellest loobuda. Teenusel puuduvad standardid ja seepärast on tugiisikuteenus seda osutava inimese nägu. Teenus on lepingus sätestatud üldsõnaliselt perioodile kuni kaks aastat. Kuna teenust osutatakse vabatahtlikkuse alusel, siis sisuline aeg ei oma tähtsust ning tihti jääb tugiisik pagulast toetama ka siis kui ta enam ei ole pagulasstaatuses.

Hoolekandetasandil suunab riiklikult rahastatud teenustele Sotsiaalkindlustusamet või Eesti Töötukassa. Alates 01.04.2019 muutus suunamiskord, mis kaotas nõude psühhiaatrilise hinnangu ja rehabilitatsiooniplaani järele. Hinnangu inimese vaimse tervise seisundi ja teenuste vajaduse osas, tuginedes mahukale küsitlusele, annab Sotsiaalkindlustusameti ja Töötukassa juhtumikorraldaja. Sellise muudatusega sooviti lühendada teenusele jõudmise protsessi. Samas on psüühikahäirete valdkond lai ja mitmekihiline ning juhtumikorraldaja on kõigest ametnik, kes võib väga kergelt eksida hinnangu andmisel. Tegelikult jõuab Sotsiaalkindlustusameti ja Töötukassa juhtumikorraldajate juurde vähe inimesi. Tavapäraselt otsitakse abi perearstide ja psühhiaatrite, harvem kohalike omavalitsuste kaudu või leitakse üles teenuste tegelikud osutajad. Neile saab osaks jõuda esmakohtumistel selgusele, millised oleksid parimad võimalikud teenused inimese jaoks. Seejärel vahendatakse tegevusi juhtumikorraldajate, arstide ja ametiasutustega selliselt, et olulised viited teenusevajadusest jõuaksid suunamiskirjale. Näiteks Tallinna Vaimse Tervise Keskuse jaoks on see kõige olulisem sekkumise koht selleks, et tagada kliendile tema tegelikele vajadustele vastavad teenused, kuigi regulatsioonide kohaselt ei pea teenuseosutaja eelnevalt midagi tegema. Teenusele jõudmise protsess on skemaatiliselt leitav lisast 11. Tallinna Vaimse Tervise Keskuse kogemus näitab, et kui kliendil on lisaks juhtivale diagnoosile veel mõni kaasuv häire (nt sõltuvushäire), siis muutub teenuste kättesaadavus välismaalastele peaaegu olematuks.

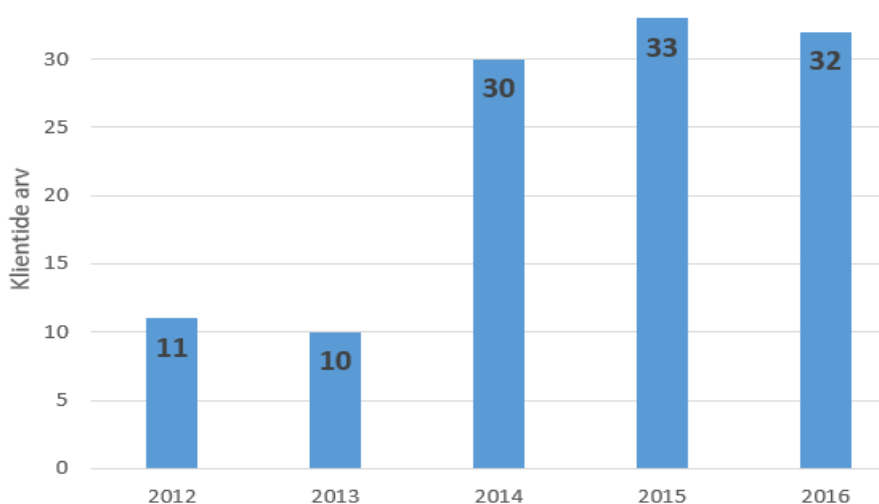
Küsitlusele vastanud hoolekandeteenuste osutajate profiil näitas, et küsitluse hetkel töötas suurimas asutuses 58 töötajat, üle 30-ne töötajaga asutusi oli 6 ja alla 10-ne töötajaga asutusi oli 18. Osutatavate teenuste osakaal kõigist vastanutest kujunes järgmiseks<sup>56</sup>:

---

<sup>56</sup> Teenuste hinnastamiseks on koostatud mitmesuguseid kulumudeleid, seeläbi püütud teenuste sisu kirjeldada kuid lõppastmes on iga teenuse sisu selle osutaja nägu.

igapäevaelu toetamise teenus<sup>57</sup> (81,3%), toetatud elamise teenus<sup>58</sup> (65,6%), töötamise toetamise teenus<sup>59</sup> (50%), ööpäevaringne erihooldusteenus (37,5%), rehabilitatsiooni-teenused<sup>60</sup> (34,4%), lisaks väiksemas mahus ka kogukonnas elamise teenus, tugiisiku-teenus ja muud teenused.

Küsitluses osalenud hoolekandeesutustes on viimastel aastatel võõrkeelsete klientide mahud kasvanud. Kui 2012 aastal 11 inimest, siis 2016 aastal 32 inimest (vt joonis 8). Hüpe võõrkeelsete klientide osas toimus aastal 2014.



**Joonis 8.** Välismaalastest klientide arv hoolekandeesutustes aastatel 2012-2016  
Allikas: (Hoolekandeesutuste seas läbiviidud küsitluse tulemused), autori koostatud.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse kogemused välismaalasega said alguse 2010. aastal ja sellest ajast alates on teenusel osalenute arv pidevalt kasvanud, ulatudes 2018. aastal ca 10 kliendini. Välismaalastele pakutavad teenused on peamiselt igapäevaelu toetavad ja rehabiliteerivad teenused aga ka psühholoogilised nõustamised sh kogemusnõustamine ja mitmesugused teraapiad. Samuti pakutakse tõlketuge igapäevaste tegevuste juures, sest

<sup>57</sup> Igapäevaelu toetamine – individuaalse toega teenus eesmärgiga aidata võimalikult iseseisvalt toime tulla inimesele harjumuspärase elukeskkonnas. Pakutakse individuaalset tuge nii kaua, kui inimene seda vajab.

<sup>58</sup> Toetatud elamine – iseseisva toimetuleku arendamine turvalises elukeskkonnas. Teenust osutatakse kas inimese kodus või psüühikahäiretega inimestele eraldatud korterites või rühmakodudes.

<sup>59</sup> Töötamise toetamine – toetamine töösuhte hoidmisel ja/või töökoha leidmisel. Läbi juhendamise aidatakse hoida optimaalset töökoormust.

<sup>60</sup> Sotsiaalne rehabilitatsioon – on mõeldud inimesele, kes vajab püsiva psüühikahäire tõttu igapäevaelus abi oma erivajadusest tulenevate piirangutega toimetulekuks. Tööalane rehabilitatsioon – on mõeldud tööealisele inimesele, kellel on raske, sügava või püsiva psüühikahäire tõttu vähenenud töövõime ja kes vajab seetõttu tööle asumiseks või töötamise jätkamiseks erinevate spetsialistide abi.



kliendi jaoks on võtmetähtsusega aru saada tema tervises seisundit hindavatest, kirjeldavatest ja suunavatest dokumentidest jms.

Sotsiaal- ja hoolekandeteenuste kättesaadavus omavalitsuste lõikes on halb ning puudus nende teenuste järele, võrreldes teiste teenustega, on kõige suurem (Uri 2014). Peamiste põhjustena mainitakse ebapiisavat rahastust ja spetsialistide puudust. Tugiisikuteenuse kättesaadavus, mis on suunatud psüühikahäiretega inimestele, on omavalitsuste lõikes kõikumine ja madal ning eelarvevahendite nappus on suur. Vestlustest teiste tasandite teenuseosutajatega selgus, et välismaalastega ei soovi ja ei suuda kohalikud omavalitsused tegeleda.

Ravitasandil pakutakse Eestis vaid raviteenuseid ja ravitasandile sisenemine on üldjuhul välismaalase enda mure. Intervjuus rõhutas K. Adamsoo, et vaimse tervise teenuste kättesaadavuse tagamine välismaalastele on riigi kohustus:

*„Riiklik pakasuuha tuleks lahendada komplekselt, et allpool ei jääks asjad tegemata sel ajal kui ülevalpool poliitiliselt lõigatakse loorbereid, et näed me võtame pagulasi vastu, oleme toredad ja täidame ELi kohustusi. Igaüks on poliitiliselt midagi nagu teinud, teema oma laualt ära lükanud aga kokkuvõttes asjad ei toimi. Tõlke teema on vist üldse ununenud sest riiklike lülide vahel pole loogilisi seoseid“. Ta rõhutas veel: „Tuleb arvestada, et pagulasseisund ning sellega kaasnev teadmatus tuleviku ees võib kesta kaua. See on kriitiline seisund, millesse need inimesed on sattunud ja ravi sellel perioodil on sisuliselt kasutu. Ravi eeldab stabiilsust, selgust ja efektiivsuse tagamiseks teatavaid rutiine“.*

Intervjuust E. Saluveeriga selgus, et psühhiaatrilise seisundi hindamisi tehakse vähesel määral sõjaväelastele<sup>61</sup> kuid mitte pagulastele. Erakorralist abi antakse ka kindlustamata isikutele, kelle eest tasub kohalik omavalitsus. Võõrkeelsete klientide erakorralised pöördumised rahastatakse Haigekassa poolt. EL liikmesriigi kodanike puhul esitab Haigekassa ravikulude hüvitamise nõude edasi liikmeriigile, mille kodanikku teenindati. Erakorraliselt jõuavad abivajajad kliinikusse kas tänavalt, tuuakse kiirabiga, toimetatakse väljsaatmiskeskustest. Esineb juhuseid, kus abivajaja tuuakse Kaitsepolitsei poolt ja

---

<sup>61</sup> Nii Eestis missioonil viibivatele teiste riikide sõjaväelastele kui ka Eesti sõjaväelastele kes suunduvad mujale missioonile.

harvad pole juhud, kus inimene tuuakse erakorralisemeditsiini keskustest<sup>62</sup>. Seadus kohustab osutama vaid vältimatut abi. Ravi on sarnane ja universaalne olenemata rassist, usulistest veendumustest või kultuurilisest taustast.

Ravitasandil on võõrkeelsete patsientidega juhtumeid statsionaaris ca 10-15, polikliinikus kuni 30 juhtu aastas. Need arvud ei sisalda soomlasi, kes pöörduvad valvearsti poole sooviga saada rahusteid. Taolised pöördumised jäävad teenindamata ja ka registreerimata. Haigekassa poolt rahastatava ravitunnihind ei kata võõrkeelse kliendi teenindamiseks tehtavaid kulusi. Juhtumeid kus tullakse teenusele tõlgiga pole esinenud. Ravitasandi intervjuust jäi kõlama selge hoiak, et kohustust teenindada võõrkeelseid kliente ei ole, kui siis ainult erakorraliselt.

Võimekus teenuseid erinevates keeltes osutada on kesine, tihti jääbki võõrkeelne klient teenindamata, sest keelt oskav spetsialist ei hinda oma keeleoskust piisavalt heaks. Ollakse arvamusel, et psühholoogiline hädaabi tõlkega võiks olla mõeldav, kuid pikemaajalisem teenus mitte. Psüühikahäirega inimesed vajavad pikka kohanemisaega suhtlemise alustamiseks ning see on pikk protsess.

Hoolekandetasutustes läbiviidud küsitluse põhjal on eesti, vene, inglise ja soome keel need keeled, mida täna kasutatakse teenuste osutamisel. Küsitlusele vastanutest märkis, et siiani on abivajajate teenindamisel vaja läinud inglise, soome, rootsi, saksa, prantsuse ja läti keelt. Valmidusena töötamaks teistes keeltes nimetati soome, saksa, läti ja itaalia keel.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse peamiseks töökeelteks on eesti ja vene keel, kuid nendele keeltele lisaks on võimekust teenindada kliente inglise, soome, saksa, hollandi ja ukraina keeles. Tulevikus, lisaks mainitud keeltele, nähakse vajadust rootsi ja prantsuse keele järele. Sagenenud võõrkeelsete klientide pöördumiste osas võtab Vaimse Tervise Keskus endale kohustuse leida inimesele parim lahendus, kuhu oma murega esmalt pöörduda, kuid võõrkeeli piisaval tasemel valdavate spetsialistide leidmine on keeruline. Need on üksikud psühhiaatrid ja psühholoogid kelle juurde on tung niigi suur, seega teenuse kättesaadavus pole kiire abi puhuks tagatud.

---

<sup>62</sup> Erakorralise meditsiini keskused (EMO) suurte üldravi haiglate juures.

Küsitlusele vastanutest jätsid pooled võõrkeelsete klientide arvu prognoosi hoolekandeteenuste osas järgnevateks aastateks tegemata. Üks vastajatest arvas, et välismaalastest klientide arv kasvab 50% ja üks vastajatest arvas, et klientide arv kahekordistub, ülejäänud kasvu ei prognoosi. Välismaalastest klientide arvu kasvuks senisega võrreldes prognoosib Tallinna Vaimse Tervise Keskus järgnevatel aastatel kuni 25%-50%. Pikemas perspektiivis võiks võõrkeelsete klientide osakaal kogu kliendibaasist moodustada ca 5%. Keeleoskus ja tõlke kättesaadavus on tuleviku võtmesõnad teenuste tagamiseks välismaalastele.

Ravitasandil inglise keelega probleemi pole, ka soome keelega saadakse hakkama. Inglise keel on lähim keel, millega suudetakse teeninda võõrkeelsed pöördumised. Järgnevatel aastate vaates ravitasandil võõrkeelsete klientide osakaalu kasvu soome ega ka inglise keelsete patsientide osas ei näha, küll aga arvatakse, et pagulaste osas pöördumised kindlasti kasvavad. Nemad on ka kontingent, kes vajab psühhiaatrilist abi, kuid tõlke kesisel kättesaadavusel ja ebapiisaval rahastusel jätab kliinik sellised pöördumised ka tulevikus teenindamata.

Tõlke kasutamine teenuste osutamisel on problemaatiline. Küsitluses osalenud hoolekandeteenuse osutajad avaldasid arvamust, et tõlgi kaasamine igapäevaste teenuste osutamiseks ilma sotsiaalhariduse taustata on kasutu pingutus. Tõlketeenuse kättesaadavus maakohtades on keeruline, kui mitte võimatu, ja isegi siis võib takistuseks saada teenuse kõrge hind. Küsitluses osalenud hoolekandeteenuste osutajad ei ole seni tõlki kasutanud, vaid üks kord on olnud vajadust viipekeeletõlgi järele. Tallinna Vaimse Tervise Keskuses pole vahetus klienditöös tõlkide abi pidanud kasutama, küll aga dokumentide tõlkimisel<sup>63</sup> ja seda ka vene keelde, vaatamata sellele, et teenuse osutamine vene keeles on tagatud väga heal tasemel. Tõlkega seonduv pole riiklikult rahastatud ning teenuse kvaliteedi tagamiseks, kannab asutus tõlkekulud omavahenditest.

Pagulaste vaates on selge arusaam, et tõlkega tehtav psühholoogiline nõustamine ei ole professionaalne nõustamine. Suurim keelegrupp kes täna pagulasabi keskustesse jõuavad on Eritreast pärit araablased, kes räägivad digrinja't. Selle keele olemasolust polnud

---

<sup>63</sup> Kliendil on õigus saada tema tervisalane informatsioon oma emakeeles. Vastava nõude esitamisel on asutusel kohustus lasta dokumendid tõlkida.

eestlased eelnevalt kuulnudki. Inglise keel ajab asja ära, aga tase on kõikuv. Pagulaste seas leidub veel tänapäeval leibkondi, kus kõik on kirjaoskamatud. Tõlke rahastus käib läbi Pagulasabi keskuse. Rahastusel on piir, mis on seotud kehtiva toimetulekumäära kuue kordse määraga (2017. aastal oli see 130 eurot x 6 = 1080 eurot). Nimetatud piirmäär on kehtiv kahe aasta peale iga pere liikme kohta, ka poole aastase lapse peale, mida võib vajadusel kasutada täiskasvanute peale, juhul kui nad vajavad enamas mahus tõlget. Pagulasabil on endal 10 tõlki, kes ei ole küll professionaalid kuid, kes katavad ära araabia keele. Nendega suudetakse tagada tõlge inglise-araabia suunal kuid eesti-araabia suund on kehvemini kaetud. Tõlkepersonaliks on valdavalt inimesed, kes on kasvanud kakskeelses keskkonnas või on lihtsalt araabia keele selgeks õppinud. Esineb ka olukordi, kus nende tõlkide abi kasutada ei saa. Tugiisikud teevad oma tööd ainult eesti keeles. Pagulasstaatatus ja sellega seonduv on konfidentsiaalne info ja seepärast ei pruugi teised teenuse osutajad teada saada, et inimesel pagulasena on tõlke rahastamiseks võimalused teha seda läbi Pagulasabi keskuste. Teoreetiliselt on võimalik Pagulasabil tasuda teiste osutatavate teenuste tõlkimise eest, kuid praktikas seda pole juhtunud. Kriitilises olukorras või kohest sekkumist nõudvates episoodides on tõlke kättesaadavus halb, sest tõlgi vajadusest tuleb sellest teada anda 24 tundi ette.

Ravitasandil pole tõlgiga teenust osutatud, sest ravikomponendina pole tõlge sisse arvestatud. Kliinik on jäigal seisukohal, et tugevalt erinevast rahvusest isik peab saabuma oma tõlgiga ning see on puhtalt arstide ja teenindava personali kaitseks. Arstid ei taha ja ei saa võtta vastutust võõrkeelse inimese tervise eest sest ei pruugi saada kontakti. Kliinikul on tehtud keeleoskajatest arstidest nimekiri ja keelte spekter on lai. Paraku keelteoskust ei laiendata tööle patsientidega, vaid ainult erialaseks koostööks teiste riikidega. Kliinik on selgelt seda meelt, et kui riik tahab ja laseb välismaalasi Eestisse siis tagagu ja lahendagu tõlkide probleem. Kliinik suhtub sellesse probleemi, Kaire Aadamsoo sõnul, „külmalt ja julmalt“. Lahendust ei nähta ka selles, et võtta raviarstina tööle teisest riigist tulnud arsti.<sup>64</sup>

Hoiakud ja kultuurilised erinevused võivad saada takistuseks välismaalaste teenindamisel. Küsitluses osalenud väitsid, et hoolekandeteenuste pakkujatel puuduvad hoiakuid välismaalastest klientide osas ja neid koheldakse võrdselt kõigi teistega. Samas

---

<sup>64</sup> Eestis on selge nõue, et ta peab siin läbima residentuuri ja selle aluseks on eesti keele oskus kõrgtasemel.

tõid kõik teenuste osutajad välja, et võõrkeelse kliendiga paremaks toimetuleksuks vajatakse koolitusi nii valdkonnaspetsiifilisi, keelelisi, kultuurilisi aga ka erinevate religioonide ja usundite alast paremat ettevalmistust. Peamised takistused ongi seotud keelebarjääriga ning ettevaatlikuks teeb erinev kultuuritaust, etnilised ja usulised eripärad. Näiteks:

- Vastuvõtul käis moslem kes ähvardas tappa ja ütles otse, et „*kui naine peab surema siis ta ka sureb*“. Tekib küsimus kas siis naine, antud juhul arst, sureb või on see kõigest kõnekäänd? Teiste maade praktikud soovivad selliseid ähvardusi võtta väga tõsiselt. See tingib ka vajaduse töötajate täiendavaks koolitamiseks.
- Tallinna Vaimse Tervise Keskusel on positiivne näide soomlasest tegevusjuhendaja näol, kes viib läbi liikumisteraapiat gruppides. Parima lahendusena nähakse keeleoskajatest töötajate rakendamist töösse võõrkeelse kliendiga.
- Kultuurispetsiifilisi eripärasid tuleb tunda ja nendega arvestada sest „*kui pärismaalane Amazonasest räägib hingede rändamisest ja hingedega suhtlemisest siis ei tasu selle taga kohe psühhoosi näha vaid sellisel juhul on tegemist nende kultuurilise eripära*“.

Seega tekivad sageli eetilised küsimused, ehk siis mil määral ollakse nõus arvestama kultuuriliste erinevustega. Erirahvustest spetsialistide värbamisega on juba algust tehtud.

Koostöö vajadus erinevate institutsioonide vahel on võtmetähtsusega. Eelnevas peatükis käsitletud institutsionaalne kaetus tagamaks vaimse tervise teenuseid tõi välja, et seoseliinid on segased, koostööd napib. Seda nii teenuseosutajate endi seas (klient võib saada mitut teenust erinevate teenuseosutajate juures), ka perearstide, psühhiaatria–kliiniku ja järelteenuste osutajate vahel aga ka riiklikul tasandil on Sotsiaalkindlustus–ameti ja Töötukassa omavaheline koostöö kehvapoolne või olematu rääkimata teistest tasanditest ja nendega tehtavast koostööst. Koolid, kes valmistavad ette valdkondlike spetsialiste, ei ole kuigi varmad tegemaks koostööd tegelike teenuste osutajatega (Eesti sotsiaalkaitse...2011; Bogdanov *et al.* 2012; Jõers-Türn *et al.* 2016; Valdre *et al.* 2017;).

Eraldi tähelepanu tuleb pöörata kohalikule omavalitsusele kui toe pakkujale välismaalaste kohanemisprotsessis ja tõusetuvate sotsiaalprobleemide lahendamisel. Seega on oluline eeldus ja ootus, et kohalikud omavalitsused teevad igakülgset koostööd mitmesuguste

institutsioonidega kellel on otsene kokkupuude välismaalastest sisseärrannanutega. Paraku on kohalike omavalitsuste koostöö ülikoolide, ettevõtjate ja riigiasutustega välismaalaste toetamisel kohanemisprotsessis pigem puudulik. KOV-de roll on passiivne või pigem olematu (Kallas *et al.* 2014). Tähelepanuväärne on, et nimetatud uuringu alusel puudub sootuks sotsiaalse kaitse aspektist vaadatuna Sotsiaalministeerium kui oluline institutsiooniline lüli. Töö autoril on seda raske interpreteerida küll aga võib oletada, et kuna uussisseärrandajate kohanemisprotsessi uuringu fookus seisnes välistalentide Eestisse meelitamisel, siis võidi juhinduda hoiakust, et hea toimetuleku puhul on vajadus sotsiaalteenuste ning hoolekande järele „talentide“ puhul harv. Vaatamata sellele tõdeti, et Eesti suurimad nõrkused välismaalaste toetamisel kohanemisega on erinevate institutsioonide halb koostöö, mitmeid teenuseid dubleeritakse ja kolmanda sektori roll on pea olematu (Kallas *et al.* 2014). Kliendi teenusele jõudmine sõltub ainult koostööst, ametkondade vahelisest infovahetusest ja kõikehõlmavast teavitustööst. Kuna abivajajad tihti ise ei mõista, et nad vajavad abi, siis peab info liikuma erinevate võrgustike kaudu.

MTÜ Pagulasabi vabatahtlike seas on selliseid inimesi, kes oma põhitöös on mõne omavalitsuse sotsiaaltöötajad, seega teataval määral on neil omavalitsuste tasandil koostöö olemas, sest tegelik olukord rohujuuretasandil on nähtav. Tavatöötajana jäävad käed lühikeseks muutmaks midagi struktuurselt. Kohalik omavalitsus näeb endal vaid toimetulekutoetuse maksja rolli sest enamaks ei kohusta neid seadus. Näiteks, Tallinna linn on määranud ühe isiku kes tegeleb kvoodipagulastega aga teiste pagulastega ei tegele linnas keegi samas kui Taru linn ainsa omavalitsusena on tõlkinud toimetulekutoetuse taotluse araabia keelde. Tavapäraselt pole omavalitsustes isegi inglise keelseid vorme. Riik on jätnud omavalitsuste ja pagulasabi andvate organisatsioonide vahelise koostööliini tähelepanuta ning sarnane muster on ka teiste institutsioonide vahel.

Kuna vaimse tervisega probleemidega inimestele on oluline igakülgne aktiivne kaasatus ühiskondlikku ellu, siis on oluline roll ka Töötukassal. Samas Töötukassa teenuste ja koolituste nimekiri on vaid näiliselt pikk ja juurdepääs justkui tagatud. Väidetavalt on Töötukassal võimekust viia läbi koolitusi kvalifikatsiooni tõstmisest kuni lifti paigaldamiseni liikumispuudega inimestele. Võõrkeelsete inimeste jaoks kukuvad kõik need 50 ja enam pakutavat teenust kokku. Alles jääb vaid eesti keele kursus mille rahastuseelarve ja tundide maht on väike, õppeprogrammi ülesehitus liiga teoreetiline ja praktilise

suhtlemiseni tihti ei jõutagi. Keelekursuste ülesehitus tuleks ringi teha, muuta nad praktilisemaks, mille fookus on igapäevaelus ettetulevatel situatsioonidel.

Intervjuust Kaire Adamsooga selgus, et olles psühhiaatrilise ravi erakorralise abi osutaja ja asetudes kiirabi, politsei, pääste jms kriisiabi osutajatega samasse rivi, nähakse vajadust autonoomse tõlkevõimekuse järele. Kriisilukorras ei oma tähtsust selle inimese staatus, nad peavad kõiki teenindama samaväärselt. Siseministeeriumi töökoosolekutelt on nemad kuulnud plaanist sõlmida leping mõne rahvusvahelise kõnekeskusega. On ka teada, et Eesti Politsei- ja Piirivalveametil juba on leping Austraalia kõnekeskusega, mis aitab läbi viia võõrkeelseid menetlustoiminguid (saavad helistada, kokku leppida aja ning vastava keeleoskusega inimene on telefoni otsas).

Täiendavalt ilmnunud tähelepanekutest tuleb rõhutada, et kuna enamasti on välismaalaste teenindamine ajamahukam, siis kaalutakse igal teenusetasandil hoolikalt teenuse osutamise vajadust ja teenuse osutamise määra. Eelnenust on selgunud, et erinevate institutsioonide vahelised seoseliinid, tagamaks vaimse tervise teenuste piisavat kättesaadavust välismaalastele, on segased. Seepärast ei osanud erihoolekandeteenuste osutajad teha ettepanekuid süsteemi ja regulatsioonide parendamiseks. Ainus mida kindlalt osatakse hinnata senise kogemuse pinnalt on vajadus kehtestada võõrkeelsete klientide teenindamiseks kõrgema riikliku rahastuse määraga teenuste hind. Kuid ka siis, kui riiklikult kaalutakse tõlkega teenuse lisamist nimekirja, tõusetub küsimus teenuse osutamise ajast. Kui inimene pole enam pagulase staatuses kuid riigikeelt ikkagi ei oska, siis kui kaua peaks riik tõlkega teenust rahastama? Sama probleem kerkib siis ka venekeelsete inimeste puhul, sest ka nemad on kodanikud ja neil tekib õigustatud ootus tõlkega teenusele. See on konflikti koht.

MTÜ Eesti Pagulasabi teeb regulatsioonide parendamiseks koostööd Sotsiaalministeeriumiga. Näiliselt on ministeerium avatud, mõistetakse probleeme, tõdetakse kitsaskohti ja lubatakse kaaluda parendustegevusi kuid ettepanekud regulatsioonide muutmiseks ei leia rakendust jäädes toppama kehtivate lepingutega võetud kohustuste muutmise keerukuse ja hirmu taha rahalise toe lõppemisest. Näiteks, ettepanek liita kohustusliku tervisekontrolli külge psühhiaatriline hindamine polnud Sotsiaalministeeriumile vastuvõetav. Kehtivad lepingud sõlmiti aastal 2016 nii Põhja Eesti Regionaalhaiglaga kui Tartu Ülikooli Kliinikumiga. Lepingud on sõlmitud kaheksaks

aastaks. Psühhiaatrilise hinnangu lisamine tervisekontrolli komponentide hulka eeldab bürokraatliku protsessi uuesti läbitegemist. EL-i Regionaalfondid on tänased rahastajad ja hirm muuta olemasolevaid lepinguid on kantud hirmust jääda rahastusest üldse ilma. Pagulaste psühhiaatriliseks hindamiseks riigil vahendeid pole ja riiklikest vahenditest psühhiaatrilist hindamist teostada ei peeta ka õigeks.

MTÜ Eesti Pagulasabi juht rõhutas veel, et pagulased peaksid asuma suuremates linnades kus on võimalused igal tasandil suuremad. Tänane püüd hajutada pagulasi üle Eesti on halb praktika, sest sellega kaasnevad suuremad ressursikulud nii raha, aja, inimeste jms mõttes. Sotsiaalministeeriumiga käivad selles osas vaidlused.

## **2.4. Ettepanekud parandamaks vaimse tervise teenuste kättesaadavust välismaalastele**

Nagu eelnevast on selgunud, kannatab vaimse tervise häirete all maailmas hinnanguliselt u 10% rahvastikust ja u 25% kogu maailma rahvastikust on mingil ajahetkel kogenud vaimse tervise häireid. Euroopa elanikkonnast kannatab mõne vaimse tervise häire all hinnanguliselt 38%, kuid neist vaid 26% on otsinud professionaalset abi. Eesti puhul, (vt ptk 2.1 ja lisa <sup>765</sup>), on korduvaid haigusjuhte keskmiselt u 92 tuhat aastas ja uusi haigusjuhte u 26 tuhat aastas, mis teeb keskmiselt haigestumiste osakaaluks 8,7% kogu rahvastikust. See läheneb maailma keskmisele ja on kasvanud aasta-aastalt. Kui üldine prognoos maailma tasandil töötab haigusjuhtude keskmise kasvu 2030. aastaks 15% juurde, siis on põhjust arvata, et ka Eesti näitajad selles osas tõusevad. Eestis elavate välismaalaste kohta konkreetset haigestumisstatistikat ei ole kogutud. Kuna on teada, et Eestis on teiste riikide kodanikke hinnanguliselt 15% elanikkonnast ja on ka teada, et uute sisseerännanute suurusjärk ühes aastas ulatub u 6000 inimeseni, siis julgen väita, et välismaalaste hulgas võiks vaimse tervise muredega inimesi olla u 600 uut juhtu aastas ja u 15 tuhat haigestumist kokku. Arusaadavalt on see arvestus kõigest matemaatiline tehe, küll aga võimaldab see saada aimu, et välismaalastest abivajajaid on kindlasti kordades rohkem kui tehtud uuring tuvastas (u 30 klienti aastas). Oluline on teadmine, et vaimse tervise probleemidega tegelemine aitab olla inimesel täisväärtuslik ühiskonna liige.

---

<sup>65</sup> Vaimse tervise teenuste indikaatorid.



Sellel, kui teenused ei ole piisavalt kättesaadavad, on otsene mõju inimese elukvaliteedi halvenemisele, kaudsed mõjud on hoomamatud ning kulutused tagajärgedega tegelemisele suured.

Töö empiirilise osa fookus oli suunatud analüüsima probleeme vaimse tervise teenuste kättesaadavusest välismaalastele Eestis erinevate teenustasandite lõikes ja tegema ettepanekuid süsteemi parendamiseks. Kui esmatasandi psühhiaatriline abi saab välismaalastele kättesaadavamaks, siis kasvab ka vajadus toetavate teenuste järele. Järgnevalt on toodud ettepanekud, mida peaks vaimse tervise valdkonnas muutma, et abivajajad jõuaks teenuseosutajateni ja teenused oleksid küllaldased. Ettepanekud tuuakse välja järgmiste probleemkohtade lõikes:

- info kättesaadavus,
- teenuste kättesaadavuse täiustamine,
- keele- ja tõlkeprobleemide lahendamine,
- töötajad ja nende koolitamine,
- süsteem ja rahastus,
- seire ja valdkondlik statistika.

Info kättesaadavus on kõige alus. Valdkonnas orienteerumiseks peaks info olema koondatud laiapõhjalisele platvormile, mis on lihtne, arusaadav ja inimlik oma kasutus- mugavuselt ning ülesehituselt. Kättesaadav enamlevinud keeltes, sh ka teenuste taotlemiseks esitatavad avaldused jms vormid. Olemasolevaid riiklikke infoportaale (Eesti Töötukassa, Sotsiaalkindlustusamet jms) tuleks parendada, sest täna pole nad piisavalt sisustatud vajaliku infoga võõrkeelsetele klientidele, pole piisavalt selged ka venekeelsetele inimestele ja leiavad kriitikat ka valdkonna spetsialistide poolt. 2016. aastal loodud portaal [www.settleinestonia.ee](http://www.settleinestonia.ee) on hea algus.

Info sellest, kes ja millises keeles suudab teenindada võõrkeelseid inimesi, peaks olema kättesaadav valdkonnaüleselt n-ö ristkasutusena, sinna alla tuleks koondada nii arstid, hoolekandetöötajad, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajad, kriisiabi- ja päästetöötajad, aga ka tõlgid.

Teenuste kättesaadavuse täiustamine riiklikul tasandil. Sotsiaalministeerium ja Sotsiaalkindlustusamet peaks seisma hea selle eest, et luua võrgustik, mis võimaldaks

telefoni teel teha esmast nõustamist vaimse tervise teemadel mitmes keeles. Koondama psühholoogid ja psühhiaatrid, kes on valmis võõrkeeles telefoniteenust pakkuma ja ka tõlgid, kes on valmis ennast täiendama vaimse tervise teenuste osas ning siduma nad n-ö sotsiaalvaldkonna ööpäevaringsele valveliinile, mis oleks integreeritud tõhusa tõlkeabiga.

Küsitlusest tuli ettepanek luua välismaalastele päevakeskuselaadne koht. Selle keskuse fookus oleks keeleliselt mitmekesine keskkond, mis arvestaks kultuurilisi ja etnilisi erisusi ning kus oleks tagatud heal tasemel toetavad teenused. Vaimset tervist toetavad teenused võiksid olla selles keskkuses kättesaadavad madala toetusvajadusega psüühiliste erivajadustega inimestele, kellel on neid teenuseid vaja lühiajaliselt. Keskusesse saaks kaasata välistudengeid vabatahtliku töö alusel, mis annaks paremad võimalused ühiskonda integreerumiseks.

Eestis vähe kanda kinnitanud ka kogukondlikud ja vabatahtlikkuse alusel osutatavad teenused tuleks võtta fookusesse. Riiklikult leida võimalusi (regulatsioonid ja osaline rahastus) ühiskonnagruppide motiveerimiseks nimetatud teenuseid arendama.

Keele- ja tõlkeprobleemide lahendamine tagaks parema sotsiaalkaitse sisserändajatele. Võimaldades neile piisavas mahus tõlketeenused, kas otsetõlkena või siis tõlge neile lähimas arusaadavas keeles, tagades teenuste parema kättesaadavuse.

Reguleeritud teenustasandite kaudu osutatavate vaimse tervise teenuste hinnastamisel tuleks eraldi komponendina käsitleda tõlget ja arvata see riiklikult rahastatud teenusehinna sisse. Vaimse tervise teenuste puhul on tõlke kvaliteet väga oluline ja seepärast peab hästi läbi mõtlema, milliste teenuste puhul ja kui pika perioodi jooksul tõlketeenust rahastada.

Pagulastele ettenähtud tõlkerahastus võimaldab tasuda ka kolmandate osapoolte tõlkekulutusi. Seda infot tuleks kommunikeerida, sest teenuste osutajad ei ole sellest võimalusest teadlikud.

Töötajad ja nende koolitamine tööks välismaalastega psüühikahäirete valdkonnas on ilmne. Hoolekande- ja kogukondlike teenuste osutajad tõdesid, et vaimse tervise teenust osutavate tegevusjuhendajate ja tugiisikute järelkasv on halb ning probleemiks on

töötajate lahkumine süsteemist. Riik peaks võtma fookuse lahkunud töötajate süsteemi tagasitoomiseks ja uute spetsialistide valdkonda meelitamiseks.

Küsitlusest ja intervjuudest selgus, et teenused on ebaühtlase kvaliteediga ja iga teenus selle osutaja nägu. Ühtlasema kvaliteedi tagamiseks tasub teha valdkonnaüleselt järjepidevaid koolitusi ja see omakorda aitaks eri tasandi teenuseosutajatel omavahel paremini infot vahetada jms. Pöörata tähelepanu keeleoskusele, võimaldada jooksvaid suhtluspraktikaid kas keeleõppe kaudu Eestis või roteeruva keeleõppe kaudu teistes Euroopa riikides.

Eneseabi ja vaimse tervise tugiteenuste tasandil tuleks pöörata suuremat rõhku kogemusnõustajate väljaõppele ja nende poolt pakutavate teenuste kättesaadavusele. Jätkata süsteemsete koolituste korraldamisega, et teenuse kvaliteet saaks tõusta. Kogemusnõustaja teenus peaks saama püsiva toe riikliku rahastuse näol.

Süsteemi ja rahastuse parendamiseks peetakse vajalikuks, et psüühikahäirete diagnoosimine ja ravi liiguks perearstide tasandile. Mida perearstid sellest ise arvavad, jäi selle töö valmimise hetkeks tuvastamata. Intervjuust MTÜ Eesti Pagulasabi juhiga jäi kõlama, et perearstidel ei ole huvi tegeleda võõrkeelsete patsientidega, sest neil puudub rahastus. Soovitus on perearstide pearahasüsteemi ja teenuskomponentide kulumudeleid täiendada, liita juurde komponendid, mis motiveeriksid tegelema välismaalastega. Teenuste sisu vaates koostada perearstidele juhendid ja tagada järjepidev koolitus vaimse tervise häirete osas. Esmatasandi tervishoiuteenuste osutajatele peab saama kättesaadavaks info tugiteenustest.

Eelnevast selgus, et valdkonna asutuste vahel dubleeritakse mitmeid tegevusi ja kolmanda sektori roll on kesine. Pagulaste ümberpaiknemine tõusetus teemana Eestis alles 2015. aastal ja arusaadavalt on veel väga palju vaja ära teha. Tervisekontrolli olulise komponendina tasub sisse viia vaimse tervise seisundi kohustuslik hindamine. Seda saab teha inimõigusi mitteriivavalt, andes ette tõhusad juhised praktiliseks tegevuseks.

Keskenduda vaimse tervise probleemide varase märkamise kujundamisele kõikidel tasanditel ja neid ka omavahel seostada tervishoiu- ja sotsiaalteenustega. Parandada

psühholoogilise abi kättesaadavust võõrkeelsetele klientidele, sest nagu ravitasandi intervjuust selgus, täna võõrkeelseid kliente lihtsalt ei võeta vastu (pole kohustust).

Toetavate teenuste osas pole alates 01.04.2019 enam vajalik psühhiaatri hinnang. Hinnangu andmine on viidud juhtumikorraldajate pädevusse, kes on tegelikult ametnikud ja kelle hindamisvõimekus on pealiskaudne ning taandub mahukale küsimustikule. Teenuse vajaduse hindamisel tehakse suur osa eeltööst kliendiga teenuste osutajate endi poolt (juhtumikorraldaja juurde läheb klient koos võimaliku teenuse osutajaga). Loodud süsteem ei ole jätkusuutlik ja pole teenuse osutaja vaates õiglaselt rahastatud.

Teenuste kättesaadavus omavalitsustes tuleks muuta tõhusamaks. Eelnenust selgus, et tugiisikuteenuse osutamine, mis on suunatud psüühilise erivajadusega isikutele, on kõigist kohaliku omavalitsuste pakutavatest teenustest suurima nõudlusega, kuid selle teenuse kättesaadavus takerdub ebapiisava rahastuse ja spetsialistide puuduse taha.

Tõhustada osapoolte vahelist koostööd (nt Sotsiaalkindlustusamet ja Eesti Töötukassa), sh infovahetust, dubleerivate tegevuste kaotamist, aga ka värskest ümberkorraldatud funktsioonide uuesti ümbervaatamist (juhtumikorraldajad), sest algselt jäeti selles osas praktikutega konsulteerimata.

Seire ja valdkondlik statistika on puudustega. Vaimse tervise valdkond vajab järjepidevat seiret (uuringuid) ja süsteemset kujundamist, ka poliitiliselt. Tegemist on keeruka valdkonnaga, mis eeldab süsteemide muutmist mitmekihiliselt. Samuti on majandustegevuse registri tegevusalade sissekanded puudulikud ja ei anna valdkonna statistika tootmisel õiget väljundit. Majandus- ja kommunikatsiooniministeeriumil tõhustada selles osas nõudeid ja kontrolli.

## KOKKUVÕTE

Magistritöö eesmärk on analüüsides vaimse tervise teenuste kättesaadavusega tõusetunud probleeme välismaalaste puhul teha ettepanekuid süsteemi parendamiseks teenustasandite lõikes. Uuriti, kas ja millistes keeltes on teenuseosutajad valmis välismaalasi teenindama, millised on takistused teenuste osutamiseks ja mida peaks muutma sotsiaalkaitse süsteemi parendamiseks. Töös ei vaadelda Eestis alaliselt elavaid vene keelt kõnelevaid inimesi.

Vaimse tervise häirete all kannatab kogu maailma elanikkonnast u 450 miljonit inimest, neist 10% täisealisest elanikkonnast kannatab psüühikahäirete all ja 25%-l elanikkonnast on esinenud vaimse tervise probleeme mingil ajahetkel nende elus, kuid ainult 40% juhtudest diagnoositakse ja ravitakse. Euroopas kannatab täiskasvanud elanikkonnast vanuses 18-65 vaimse tervise häirete all 38%, kuid professionaalset abi on neist otsinud vaid 26%. Peamiseks haiguskoormuse põhjustajaks Euroopas on psüühika- ja käitumishäired (nt depressioon, ärevus).

Isoleeritus ühiskonnast, eemaldumine ja kasvav stigmatiseerimine on peamisteks põhjusteks, miks psüühikahäiretega inimeste osalemine ühiskonnaelus ja igapäevane toimetulek muutuvad aina keerulisemaks. Haigestumine on kulukas nii inimesele endale kui ka teda ümbritsevatele (pere, sõbrad, kolleegid jms) ja koormaks kogu ühiskonnale, sh ravi- ja sotsiaalsüsteemile. Psüühikahäired avaldavad pikaajalist mõju. Mitmedki kulud pole selgelt määratletavad ega ka mõõdetavad, aga nad on omavahel tihedalt seotud erinevate mõjurite kaudu.

Sotsiaalne staatus, sissetulekud, kultuuriline kuuluvus, rahvuslikud tõekspidamised ega ka inimese elukoht ei tohi saada määravaks ja mõjutada vaimse tervise teenuste kättesaadavust. Euroopa riikides kasvab aasta-aastalt põgenike ja asüülitaotlejate arv, samuti on suurenenud tööjõu vaba liikumine riikide vahel. Rahvusvähemustele on vaimse tervise teenuste kättesaadavus seotud kultuuriliste eripäradega ja keelebarjääriga, mis

omakorda takistavad juurdepääsu infole. Selle foonil on oluline aspekt teenuste kättesaadavusel tõlke olemasolu, töötajate pädevus ja hoiakud töös välismaalastega. Sisserännanute vaimse tervise teenuste ja sellekohaste sekkumiste kaardistamiseks ja dokumenteerimiseks puuduvad Euroopas süsteemid. Vaimse tervise teenuste kättesaadavus välismaalastele on riigiti ebahütlane. Kvaliteetseid vaimse tervise teenuseid saab tagada vaid siis, kui teenust osutatakse inimesele arusaadavas keeles.

Viimasel kümnendil on Eestis diagnoositud igal aastal keskmiselt 92 tuhat psühhiaatrilist haigusjuhtu, neist u 26 tuhat on esmased haigusjuhud. Enim diagnoositakse neurootilisi, stressiga seotud häireid, järgnevad meeleoluhäired ja seejärel psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest põhjustatud häired. Tegelik haigestumiste arv on suurem, sest isiklikest psüühilistest probleemidest ei soovita kellelegi rääkida. Eesti taasiseseisvumise algusest alates on psühhiaatriliste teenuste vajadus pidevalt kasvanud, eriti meeleolu- ja ärevus-häirete, alkoholist tingitud psühhootiliste häirete ja raskete depressioonide sagenemise tõttu. Viimastel aastatel on märgata väikest, kuid stabiilset kasvu psüühikahäirete diagnoosimisel ja selle kasvu taga on peamiselt inimeste suurem tähelepanu oma vaimsele tervisele, aga ka suurem julgus pöörduda spetsialistide poole.

Empiirilise osa fookus on suunatud tuvastama probleeme Eestis vaimse tervise teenuste kättesaadavusel välismaalastele erinevate teenustasandite lõikes. Peamisteks sisenditeks empiirilises osas on küsitlus hoolekandeteenuse osutajatega ja poolstruktureeritud intervjuud eri tasandi teenuste osutajatega. Hoolekandeteenuste süsteemi ilmestatakse Tallinna Vaimse Tervise Keskuse toimetustega. Vaimse tervise valdkonnas tuleks muuta nii mõndagi selleks, et abivajajad jõuaks teenuseosutajateni ja teenused oleksid piisavad ning küllaldaselt sisustatud. Olulisimad järeldused ja parendusettepanekud, mis ilmsid püstitatud eesmärkidest, on kokkuvõtvalt järgmised:

Info kättesaadavus on kriitilise tähtsusega orienteerumaks valdkonnas. Seni laialipaisatud info tuleb koondada, teha lihtsalt leitavaks, arusaadavaks, kasutaja jaoks mugavaks ning kättesaadavaks enamlevinud keeltes, sh ka teenuste taotlemiseks esitatavad avaldused jms vormid.

Teenuste kättesaadavus välismaalastele on halb, sest keeleoskajaid spetsialiste on vähe. Valmidus teenindada kliente on eesti, vene ja inglise keeles, lõunapiiriäärsetel aladel

vähesel määral ka läti keeles. Viimastel aastatel on lisaks mainitud keeltele olnud vajadus veel soome, rootsi, saksa ja prantsuse keele järele. Pagulaste vaates on selge vajadus araabia keele järele, sest tihti pole pagulastel isegi mitte inglise keele oskust. Teenuste kättesaadavust on vaja tõhustada, luues võrgustik, mis võimaldaks esmast nõustamist erinevates keeltes telefoni teel. Koondada psühholoogid ja psühhiaatrid, kes on valmis võõrkeeles telefoniteenust pakkuma. Ööpäevaringne infoliin integreerida tõhusta tõlkeabiga. Täiendavalt ilmnes vajadus luua välismaalastele päevakeskuselaadne koht. Selle keskuse fookus oleks keeleliselt mitmekesine keskkond, mis arvestaks kultuurilisi ja etnilisi erisusi ning kus oleks tagatud heal tasemel toetavad teenused. Eestis on vaja arendada kogukondlikke ja vabatahtlikkuse alusel osutatavaid teenuseid. Riik peaks leidma võimalusi (regulatsioonid ja osaline rahastus) ühiskonnagruppide motiveerimiseks nimetatud teenuseid arendama.

Keele- ja tõlkeprobleemide lahendamine tagab parema sotsiaalse kaitse sisserändajatele. Teenuste kättesaadavus inimesele lähimas arusaadavas keeles on võtmetähtsusega. Info keeleoskajatest teenuseosutajatest peab olema kättesaadav valdkonnaüleselt ja ristikasutatav. See peaks sisaldama ülevaadet keeleoskajatest arstidest, hoolekande- töötajatest, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajatest, kriisiabi- ja päästetöötajatest, aga ka tõlkidest.

Vaimse tervise teenuste puhul on tõlke kvaliteet oluline, seetõttu peab hästi läbi mõtlema, milliste teenuste puhul ja kui pika perioodi jooksul tõlketeenust rahastada. Reguleeritud ja rahastatud teenustasandite kaudu osutatavate vaimse tervis teenuste hinnastamisel tuleb arvestada tõlkekomponenti, mis tuleb lisada riiklike teenusehindade sisse. Pagulastele ettenähtud tõlkerahastus võimaldab tasuda kolmandate osapoolte tõlkekulutusi, kuid teenuseosutajad ei ole sellisest võimalusest teadlikud. Seepärast on oluline, et see teave oleks piisavalt kommu­ni­keeritud. Pikaajaline ravi ja toetavad teenused tõlkega on komplitseeritud, sest ei võimalda inimese aitamist parimal moel. Tõlkega teenused on teostatavad kiiret sekkumist nõudvates oludes, aga mitte pikemalt.

Töötajad ja nende koolitamine on oluline teenuste kvaliteedi tagamiseks. Vaimse tervise teenust osutavate tegevusjuhendajate ja tugisikute järelkasv on halb ning olemasolevad spetsialistid kipuvad süsteemist lahkuma. Selles osas peaks riik võtma kasutusele meetmed lahkunud töötajate süsteemi tagasitoomiseks ja uute spetsialistide valdkonda

meelitamiseks. Ühtlasema kvaliteedi tagamiseks teha valdkonnaüleselt järjepidevaid koolitusi, mis aitaks ka eri tasandi teenuseosutajatel omavahel paremini infot vahetada jms. Pöörata tähelepanu töötajate keeleoskusele. Eneseabi ja vaimse tervise tugiteenuste tasandil pöörata suuremat rõhku kogemusnõustajate väljaõppele ja nende poolt pakutavate teenuste kättesaadavusele. Kogemusnõustaja teenus peaks saama püsiva riikliku rahastuse.

Süsteemi parendamiseks peetakse vajalikuks, et psüühikahäirete diagnoosimine ja ravi liiguks perearsti tasandile. Perearstidel puudub huvi tegeleda välismaalastega, sest nimistud on täis ja pearaha ei sisalda vajalikke kulukomponente. Perearstide pearahastuse ja kulumudelid tuleb üle vaadata välismaalaste teenindamise spetsiifikast lähtuvalt. Teenuste sisu vaates koostada perearstidele juhendid, tagada järjepidevad koolitused psüühikahäirete diagnoosimiseks ja raviks. Esmatasandi tervishoiuteenuste osutajatele peab saama kättesaadavaks info toetavatest teenustest.

Institutsioonide koostöö, kes tegelevad välismaalastega, peaks olema tõhusam. Selgus, et mitmeid tegevusi dubleeritakse ja kolmanda sektori roll on kesine. Pagulaste vaates tuleks sisse viia vaimse tervise seisundi hindamine kui terviskontrolli kohustuslik komponent.

Keskenduda vaimse tervise probleemide varajase märkamise kujundamisele kõikidel tasanditel ja neid ka omavahel seostada tervishoiu- ja sotsiaalteenustega. Parandada psühholoogilise abi kättesaadavust võõrkeelsetele klientidele, sest nagu ravitasandi intervjuust selgus, võõrkeelseid kliente lihtsalt ei võeta vastu (pole kohustust). Toetavate teenuste osas kadus vajadus psühhiaatri hinnangu järele. Hinnangu andmine liikus juhtumikorraldajatele ehk ametnikele, kelle hindamisvõimekus on pealispindne ja taandub küsimustikule, mis on ajamahukas ja raskesti mõistatav. Teenuse vajaduse hindamisel tehakse suur osa eeltööst kliendiga toetavate teenuste osutajate poolt (juhtumikorraldaja juurde läheb klient koos võimaliku toetavate teenuste pakkujaga). Loodud süsteem ei ole jätkusuutlik ja pole sellisel moel toetavate teenuste osutajate vaates õiglaselt rahastatud.

Teenuste kättesaadavus omavalitsustes muuta tõhusamaks. Tugiisikuteenus, mis on suunatud psüühilise erivajadusega isikutele, on kõigist kohaliku omavalitsuste



pakutavatest teenustest suurima nõudlusega, kuid selle teenuse kättesaadavus takerdub ebapiisava rahastuse ja spetsialistide puuduse taha. Sotsiaalkaitseüsteemi tuleb võõrkeelsete klientide teenindamise vaates tõhustada osapoolte vahelise koostöö kaudu (nt Sotsiaalkindlustusamet ja Eesti Töötukassa), sh infovahetus, dubleerivate tegevuste kaotamine, aga ka värskelt ümberkorraldatud funktsioonide uuesti ümbervaatamine (juhtumikorraldajad), sest algselt jäeti selles osas praktikutega konsulteerimata.

Välismaalaste teenindamine vaimse tervise valdkonnas on oma olemuselt uus teema ja enamik teenuseosutajad pole selle peale veel üldse mõelnud. Uurimus aitas kombata probleemi ulatust ning on põhjust arvata, et läbiviidud küsitlus ja intervjuud tõstatasid teema laiemalt ning panid asjade üle mõtlema. Uurimistöö väärtus seisneb selles, et algatus ja esmane probleemiküsitlus rajab teed tulevikus välismaalaste temaatikat ja neile vaimse tervise teenuste pakkumist laiemalt käsitlema. Teemat saab edasi uurida eri tasandi teenuseosutajate lõikes ja sotsiaalkaitseliste institutsioonide lõikes, käsitledes nende omavahelist koostööd, seniseid seoseid välismaalaste vaates ja ka seda, kas ja mil viisil tegelikult välismaalane teenusteni jõuab. Toetavate teenuste vaates saab teemat uurida sügavamalt nii teenuste osas, aga ka spetsialistide, nende ettevalmistuse ja koolitusvajaduse või ka otstarbekuse osas, mille rõhuasetus oleks võõrkeelsel kliendil ning sellest tingitud erisustel. Täiesti eraldiseisev probleemistik on venekeelne elanikkond, nende õigused ja võimalused vaimse tervise teenustele võrrelduna Eestis viibivate välismaalastega. Kindlasti tasub teemat arendada kuludega või ka rahastusega seonduvalt, sh teenuste seniste kulumudelite täiustamiseks välismaalastele suunatud teenuste osutamisel.

## VIIDATUD ALLIKAD

1. Anniste, K. (2018). Rändetrendid maailmas, Euroopas ja Eestis.  
[http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2018/02/rita\\_ranne.pdf](http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2018/02/rita_ranne.pdf) 12.10.2018
2. Asari, E-M., Maasing, H., Luik, E. (2015). Eestisse seaduslikult sisserännanud välismaalaste profiilide kaardistamine ning nende vastavus Eesti tööjõuturu vajadustele.  
[https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/dokumendid/Uuringud/Kodakondsus\\_ja\\_r2nne/2015\\_profiilide\\_uuringu\\_lopparuanne.pdf](https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/dokumendid/Uuringud/Kodakondsus_ja_r2nne/2015_profiilide_uuringu_lopparuanne.pdf) 09.09.2018
3. Bogdanov, H., Pertel, T. (2012). Vaimse tervise teenuste kättesaadavuse kaardistus ja vajaduste analüüs. <http://www.epry.ee/assets/Uploads/133180653216Vaimse-tervise-teenuste-kaardistamine-ja-vajaduste-analyys.pdf> 11.04.2019
4. Brundtland, G.H. (2001). Mental Health: New Understanding, New Hope.  
<https://doi.org/10.1001/jama.286.19.2391>
5. Bugarszki, Z., Medar, M., Ewijk, J-P., Wilken, J-P., Narusson, D., Saia, K., Kriisk, K., Kiis, A., Susi, M., Sooniste, I., Rahu, A. (2016). Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised\\_pressiinfo/di\\_uuringu\\_loppraport\\_08.02.2016.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised_pressiinfo/di_uuringu_loppraport_08.02.2016.pdf) 12.12.2018
6. Bäärnhielm, S., Edlund, A-S., Ioannou, M., Dahlin, M. (2014). Approaching the vulnerability of refugees. Evaluation of cross-cultural psychiatric training of staff in mental health care and refugee reception in Sweden.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-207>
7. Chisholm, D. (2013). Investing in mental health: Evidence for action. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf?ua=1) 03.04.2019
8. Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., Saxena, C. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 3: 415–24

- [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
9. Council of Europe. (2019). <https://www.coe.int/en/web/portal/home> 02.04.2019
  10. Dauvrin, M., Lorant, V., Sandhu, S., Deville, W., Dai, H., Dias, S. (2012). Health care for irregular migrants. Pragmatism across Europe. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-99>
  11. Dustmann, C., Frattini, T. (2014). The Fiscal effects of Immigration to the UK. The Economic Journal. 124, 580, 593–643, <https://doi.org/10.1111/eoj.12181>
  12. Eesti Majanduse Tegevusalade Klassifikaator. (2019). Registrate infosüsteemide Keskus. <http://www.rik.ee/et/e-ariregister/emtak-tegevusalad> 24.04.2019
  13. Eesti sotsiaalkaitse süsteemi korralduse efektiivsuse analüüs. (2011). [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Sotsiaalvaldkond/sotsan\\_analyyss\\_loppraport.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/sotsan_analyyss_loppraport.pdf) 12.02.2019
  14. Eesti Statistika andmebaas. (2019). <http://pub.stat.ee/px-web.2001/dialog/statfile2.asp> 15.05.2019
  15. Eesti Vaimse Tervise poliitika alusdokument. (2002). <http://praxis.ee/wp-content/uploads/2014/03/2002-Eesti-vaimse-tervise-poliitika.pdf> 11.04.2019
  16. Erihoolekande arengukava aastateks 2014-2020. (2014). [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tgevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega\\_inimetele/erihoolekande\\_arengukava\\_2014-2020.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tgevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/erihoolekande_arengukava_2014-2020.pdf) 11.04.2019
  17. Euroopa Liidu kodaniku seadus. (2006). RT I 2006, 26, 191. <https://www.riigiteataja.ee/akt/ELKS> 12.04.2019
  18. Euroopa Liit. (2019). [https://europa.eu/european-union/index\\_et](https://europa.eu/european-union/index_et) 11.10.2018
  19. Europe 2020 strategy. [https://ec.europa.eu/info/strategy/european-semester/framework/europe-2020-strategy\\_en](https://ec.europa.eu/info/strategy/european-semester/framework/europe-2020-strategy_en) 09.12.2018
  20. European Commission. (2019). [https://ec.europa.eu/commission/index\\_en](https://ec.europa.eu/commission/index_en) 11.09.2018
  21. European Health Information Gateway. (2019). <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/> 11.04.2019
  22. Fact sheets on sustainable development goals: Mental health targets. (2018).

- [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/348011/Fact-sheet-SDG-Mental-health-UPDATE-02-05-2018.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/348011/Fact-sheet-SDG-Mental-health-UPDATE-02-05-2018.pdf) 11.02.2019
23. Free movement of EU citizens and their families: Five actions to make a difference. (2013). European Commission COM 2013\_837. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2013:0837> 08.01.2019
  24. Funk, M., Drew, N., Faydi, E. (2007). Optimal mix of services for mental health. [https://www.who.int/mental\\_health/policy/services/2\\_Optimal%20Mix%20of%20Services\\_Infosheet.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/services/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet.pdf) 05.09.2018
  25. Funk, M., Drew, N., Saraceno, B., Grigg, M., Sapirie, S. (2005). Mental health Information systems. [https://www.who.int/mental\\_health/policy/services/12\\_info%20system\\_WEB\\_07.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/services/12_info%20system_WEB_07.pdf) 18.12.2018
  26. Global trends. Forced displacement in 2016. (2017). <http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5943e8a34/global-trends-forced-displacement-2016.html> 05.01.2019
  27. Haigla liikide nõuded. (2004). RTL 2004, 116, 1816 <https://www.riigiteataja.ee/akt/101062016007> 08.08.2018
  28. Henk, H.J., Katzelnick, D.J., Kobak, K.A., Greist, J.H., Jefferson, J.W. (1996). Medical costs attributed to depression among patients with a history of high medical expenses in a health maintenance organization. Arch Gen Psychiatry 53:899-904
  29. Hollander, D., Wilken, J.P. (2015). Kuidas klientidest saavad kodanikud. Tallinn.
  30. Hollander, D., Wilken, J.P. (2004). Psychosocial Rehabilitation. A Comprehensive Approach. Tallinn.
  31. Improving health systems and services for mental health. (2009). [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44219/1/9789241598774\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44219/1/9789241598774_eng.pdf) 03.04.2019
  32. Intervjuu MTÜ Eesti Pagulasabi juhiga 04.07.2017
  33. Intervjuu PERHi psühhiaatriakliiniku juhi ja esmaste psühhiaatriate integratiiv osakonna juhiga 06.07.2017
  34. Intervjuu Tallinna Vaimse Tervise Keskuse juhtkonnaga 07.04.2017
  35. Jakobson, M-L. (2018). Rände ja kodakondsuspoliitika aastaraport 2018. <http://emn.ee/wp-content/uploads/2018/12/R%C3%A4nde-ja-kodakondsuspoliitika-aastaraport-2018.pdf> 12.04.2019
  36. Jong-wook, L. (2003). Investing in mental health.

- [http://www.who.int/mental\\_health/en/investing\\_in\\_mnh\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf) 07.08.2018
37. Jõers-Türn, K., Leoma, R. (2016). Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: Sotsiaaltöö valdkond. [http://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2016/04/Sotsiaaltooska\\_tervik\\_veeb.pdf](http://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2016/04/Sotsiaaltooska_tervik_veeb.pdf) 05.05.2019
38. Kallas, K., Kaldur, K., Kivistik, K., Plaan, K., Pohla, T., Ortega, L., Mürk, I., Väljaots, K. (2014). Uussisserändajate kohanemine Eestis: valikud ja poliitikaettepanekud tervikliku ja jätkusuutliku süsteemi kujundamiseks. [www.digar.ee/arhiiv/ru/download/114145](http://www.digar.ee/arhiiv/ru/download/114145) 19.03.2019
39. Kluge, U., Bogic, M., Devillé, W. (2012). Health services and the treatment of immigrants across Europe. [https://www.researchgate.net/profile/Attila\\_Sarvary/publication/232712802](https://www.researchgate.net/profile/Attila_Sarvary/publication/232712802) 01.03.2019
40. Kogemusnõustaja koolituskava. (2015). RT I, 29.12.2015, 35. <https://www.riigiteataja.ee/akt/110072018007> 05.08.2018
41. Kogemusnõustaja teenus. (2015). Pilootprojekt Eesti Töötukassa ja Tallinna Vaimse Tervise Keskuse vaheline leping. Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sisedokument.
42. Kozma, A., Petri, G. (2012). Mapping Exclusion. Institutional and community-based services in the mental health field in Europe. [https://tasz.hu/files/tasz/imce/mapping\\_exclusion\\_-\\_final\\_report\\_with\\_cover.pdf](https://tasz.hu/files/tasz/imce/mapping_exclusion_-_final_report_with_cover.pdf) 04.09.2018
43. Lawrence, A., Moritsugu, K., Noonan, A., Autry, J-S, Arons, B-S., Barry, C., English, M., Flynn, B., Mathews-Younes, A., Kirschstein, R.L., Hyman, S.E., Nakamura, R. (2001). Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44243/> 05.06.2018
44. Liberman, R.P., Kopelowicz, A., Ventura, J. & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry* 14, 256–272
45. Lindert, J., Schouler-Ocak, M. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. (2008). 14–20. [https://www.researchgate.net/publication/5480170\\_Mental\\_health\\_health\\_care\\_utilisation\\_of\\_migrants\\_in\\_Europe](https://www.researchgate.net/publication/5480170_Mental_health_health_care_utilisation_of_migrants_in_Europe) 14.04.2019
46. Link, B.G., Phelan, J.C. (2006). Stigma and its public health implications. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68184-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1) 367; 528-529
47. Majandustegevuse register. (2019). <https://mtr.mkm.ee/> 02.03.2019

48. Mariné, A., Seyr, B., Samele, C., Breucker, G., Miniska, I., Schefflein, J., Reijmerink, M., Litchfield, P., Sochert, R., Rooney, R., Klosinski, W. (2013). Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/matrix\\_economic\\_analysis\\_mh\\_promotion\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/matrix_economic_analysis_mh_promotion_en.pdf) 11.01.2019
49. McDaid, D., Park, A-L., Wahlbeck, K. (2018). The Economic Case for the prevention of mental illness. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013629>
50. Mental health action plan 2013-2020. (2013). [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1) 11.04.2019
51. Migrant populations, including children, at higher risk of mental health disorders. (2017). <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2017/04/migrant-populations,-including-children,-at-higher-risk-of-mental-health-disorders> 15.01.2019
52. Murko, M., Chisholm, D., Galea, G., Jakab, Z., Muijen, M., Shevkun, E. (2018). Mental health, human rights and standards of care. Institutional care in European Region. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf) 02.05.2019
53. Mutual Information System on Social Protection Comparative Tables Database. (2019). <https://www.missoc.org/> 04.03.2019
54. Ohvriabi ja lepitusteenus. (2019). <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/ohvriabi-huvitis/ohvriabi-ja-lepitusteenus#Ohvriabi> 23.04.2019
55. Ohvriabi. (2019). <http://www.palunabi.ee/et> 23.04.2019
56. Ommeren, M., Snider, L., Schafer, A. (2011). Psychological first aid. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9789241548205\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9789241548205_eng.pdf?sequence=1) 23.04.2019
57. Organization of services for mental health. (2003). [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/4\\_organisation%20services\\_WEB\\_07.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/policy/services/4_organisation%20services_WEB_07.pdf?ua=1) 11.08.2018
58. Paavel, V., Kõrgesaar, J., Sarjas, A., Sõmer, S., Vasar, V. (2001). Psüühilise Erivajadusega Inimeste hoolekanne Eestis. [www.digar.ee/arhiiv/en/download/22533](http://www.digar.ee/arhiiv/en/download/22533) 11.08.2018

59. Petrea, I., Muijen, M. (2008). Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96450/E91732.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf) 12.04.2019
60. Poduval, S., Howard, N., Jones, L., Murwill, P., McKee, M., Legido-Quigley, H. (2015). Experiences among undocumented migrants accessing primary care in the United Kingdom. Qualitative study Healt service. <https://doi.org/10.1177/0020731414568511>
61. Pribe, S., Matanov, A., Barros, H., Canavan, R., Gabor, E., Greacen, T. (2012). Mental health care provision for marginalized groups across Europe. Findings from PROMO study. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr214>
62. Priebe, S., Giacco, D., El-Nagib, R. (2016). Public health aspects of mental health among migrants and refugees in European region. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf) 18.11.2018
63. Prior, S., Maciver, D., Forsyth, K. (2013). Readiness for employment perceptions of mental health service users. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9576-0>
64. Psühhiaatria arengukava aastaks 2015. (2015). [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-ditors/eesmargid\\_ja\\_teggevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide\\_erialade\\_arengukavad/psyhhaatria.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-ditors/eesmargid_ja_teggevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide_erialade_arengukavad/psyhhaatria.pdf) 17.08.2018
65. Psühhiaatrilise abi seadus. (1997). RT I 1997, 16, 260. <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015088> 11.04.2019
66. Puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll. (2006). RT II, 04.04.2012, 6. <https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012006> 07.08.2018
67. Rahandusministeerium. (2019). <http://www.fin.ee/kov> 05.03.2019
68. Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon RHK-10. <http://rhk.sm.ee/> 11.04.2019
69. Ravelli, D.P. (2006). Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. <https://doi.org/10.5334/ijic.146>
70. Reinap, M., Lai, T., Janno, S., Tamme, T., Tamm, M. (2005). Vaimse tervise interventsioonide majanduslik kulutõhususe hindamine. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Tervisevaldkond/vaimne\\_tervis\\_kulutohusus.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/vaimne_tervis_kulutohusus.pdf) 18.08.2018
71. Reinforcing the Open Method of Coordination for social protection and social inclusion. (2009). <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=URISERV:>

em0011 11.08.2019

72. Riigi tegevus psüühiliste erivajadustega isikute riikliku hoolekande korraldamisel. (2008). [www.digar.ee/arhiiv/et/download/104654](http://www.digar.ee/arhiiv/et/download/104654) 08.01.2019
73. Social Protection Committee. (2019). <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=en> 25.01.2019
74. Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). RT I, 30.12.2015, 5. <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005> 15.03.2019
75. Sotsiaalseadustiku üldosa seadus. (2015). RT I, 30.12.2015, 3. <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015003> 15.03.2019
76. Statistikaamet. (2019). <http://www.stat.ee/statistika>.
77. Suhrke, M., Vörk, A., Mazzuco, S. (2006). Tervise mõju majandusele Eestis. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Sotsiaalvaldkond/tervise\\_moju\\_majandusele\\_eestis\\_lopparuanne.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/tervise_moju_majandusele_eestis_lopparuanne.pdf) 14.08.2018
78. Tallinna Vaimse Tervise Keskuse kliendiesindus. <http://www.vaimnetervis.ee/wp-content/uploads/2015/12/Kliendiesindus.pdf> 02.08.2018
79. Tallinna Vaimse Tervise Keskuse tegevusaruanne 2018. (2018). <http://www.vaimnetervis.ee/wp-content/uploads/2019/04/Tegevusaruanne-2018.pdf> 20.04.2019
80. Tamm, G., Kiisel, M., Nedozhogina, O., Lees, K., Veskimäe, M., Espenberg, S. (2016). Juhend Eestisse uussisserännanutele teenuste arendamiseks. [https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/lisaaruandeleteenustearendamise\\_juhend.pdf](https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/lisaaruandeleteenustearendamise_juhend.pdf) 05.02.2019
81. Tervise Arengu Instituut. (2019). <http://www.tai.ee/> 15.05.2019
82. Tervise statistika ja terviseuuringute andmebaas. (2019). <http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/index.html> 15.05.2019
83. The CARE Network. (2019). <https://www.thecare-network.com/> 15.05.2019
84. The European Mental Health Action Plan New policy frame for 2020. (2015). [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/99735/Mental-Health-Action-Plan.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99735/Mental-Health-Action-Plan.pdf) 15.05.2019



85. Täpsustatud tegevuskava Euroopa Liidu ümberasustamise ja ümberpaigutamise tegevuste elluviimiseks. (2015). [https://www.valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/failid/vastuvotmise\\_tegevuskava\\_08102015.pdf](https://www.valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/failid/vastuvotmise_tegevuskava_08102015.pdf) 04.08.2018
86. United Nations. (2019). <http://www.un.org/en/sections/about-un/overview/index.html> 11.02.2019
87. Uri, A. (2014). Sotsiaal- ja hoolekandeteenuste osutamine puuetega inimestele Eesti omavalitsustes. [http://www.epey.ee/public/files/KOV\\_uuring\\_EPE.pdf](http://www.epey.ee/public/files/KOV_uuring_EPE.pdf) 04.02.2019
88. Uus-sisserändajate uuring. (2016). Turu-uuringute AS.  
<https://www.humanrightsestonia.ee/uus-sisserandajate-uuring-2016> 03.04.2019
89. Wahlbeck, K., Anderson, P., Basu, S., McDaid, D., Stuckler, D. (2011). Impact of economic crises on mental health.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/134999/e94837.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf) 17.08.2018
90. Wahlbeck, K., McDaid, D. (2012). Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2012.tb00114.x>
91. Veldre, V., Aaben, L., Nurm, Ü-K. (2017). Rahvastiku tervise arengukava vahehindamine 2009-2020. Vaimse tervise valdkonna aruanne.  
[http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/03/RTA-vaimne-tervis\\_Praxis.pdf](http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/03/RTA-vaimne-tervis_Praxis.pdf) 09.05.2019
92. Veldre, V., Masso, M., Osila, L. (2015). Vaimse tervise häirega inimesed tööturul.  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Toovaldkond/tp\\_f-too\\_loppraport\\_praxis\\_v\\_1505.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Toovaldkond/tp_f-too_loppraport_praxis_v_1505.pdf) 11.02.2019
93. Wilken, J. P., Hollander, D. (2005). Psychosocial Rehabilitation. A Comprehensive Approach. Rehabilitation and Recovery.
94. Wilken, J-P., Hanga, K., Bugarszki, Z., Gijzel, S., Karbouniaris, S., Kondor, Z., Medar, M., Narusson, D., Saia, K. (2015). Stories of Recovery and Participation – experiences and challenges. <http://www.digar.ee/id/nlib-digar:255836> 27.08.2018
95. Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H-C. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology 2011 9;21(9):655-679.

<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

96. Vos, T. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 388(10053):1545–1602. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2931678-6>
97. Välismaalasele rahvusvahelise kaitse andmise seadus. (2005). RT I 2006, 2, 3. <https://www.riigiteataja.ee/akt/113032019195> 11.04.2019
98. Välismaalaste seadus. (2009). RT I 2010, 3, 4. <https://www.riigiteataja.ee/akt/VMS> 11.04.2019
99. Värnik, A., Samm, A., Lehtmets, A., Kleinberg, A., Puusild, A., Rüütel, E., Koik, H., Soonets, R., Tuulik, V. (2016). Vaimse tervise strateegia 2016-2025. [http://vatek.ee/wp-content/uploads/2016/04/Vaimse\\_tervise\\_headolu\\_strateegia\\_2016-2025\\_30.03.2016.pdf](http://vatek.ee/wp-content/uploads/2016/04/Vaimse_tervise_headolu_strateegia_2016-2025_30.03.2016.pdf) 12.11.2018

## LISAD

### Lisa 1. Magistritöös kasutatavad põhimõisted

Vaimne tervis – üldise tervise lahutamatu osa, mis peegeldab tasakaalu indiviidi ja keskkonna vahel (Eesti vaimse tervise ... 2002).

Vaimse tervise probleemid – uurimustöös käsitletakse vaimse tervisega seonduvat vaid normintellektiga, kuid häirunud psüühikaga inimeste kontekstis, siia alla ei liigitata vaimupuudega inimesi. Sama mõiste all räägitakse ka psüühikahäiretest,<sup>66</sup> mis on rahvusvahelisele psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioonile (RHK-10) vastav psüühiline seisund või käitumishäire.

Vaimse tervise teenused – uurimustöös kasutatakse mõistet üldistamaks kõiki pakutavaid teenuseid psüühikahäiretega inimestele.

Psüühikahäirega isik – isik, kellel vastavalt kehtivale rahvusvahelisele psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioonile (RHK-10) on diagnoositud teatav psüühiline seisund või käitumishäire. Uurimistöös kasutatakse samas tähenduses mõistet „psüühilise erivajadusega isik“.

Psüühilise erivajadusega isik – isik, kellel on diagnoositud psüühikahäire ning hinnatud vajadus erihoolekandeteenuste järele<sup>67</sup>.

Psühhoatilised häired – ägedad, psühhoosidega kulgevad psüühikahäired. Uurimistöös kasutatakse samas tähenduses mõistet „vaimne haigus“, et vältida stigmat. Termin on heaks kiidetud Tallinna Vaimse Tervise Keskuse kliendiesinduse<sup>68</sup> poolt.

Taastumine – püsiv seisund, mis sisaldab normaalsel tasemel sotsiaalset ja tegevuslikku toimetulekut, iseseisvalt elamist ja haiguse taandumist või head toimetulekut sümptomitega (Lieberman *et al.* 2002).

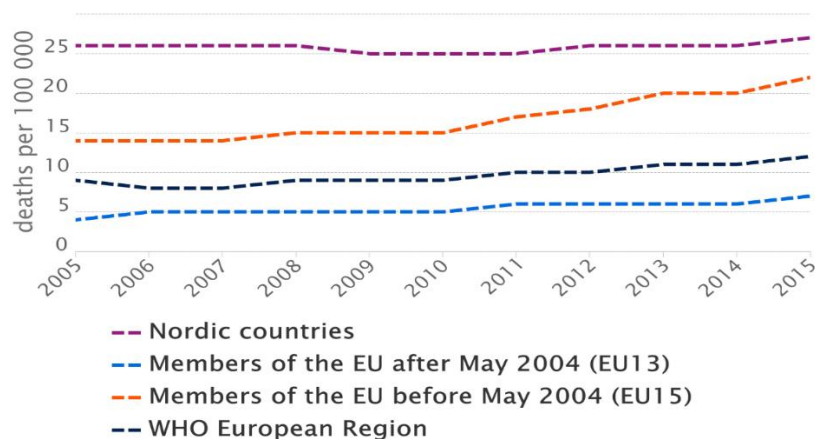
---

<sup>66</sup> Psühhiaatrilise abi seadus. Vastu võetud 12.02.1997. RT I 1997, 16, 260.

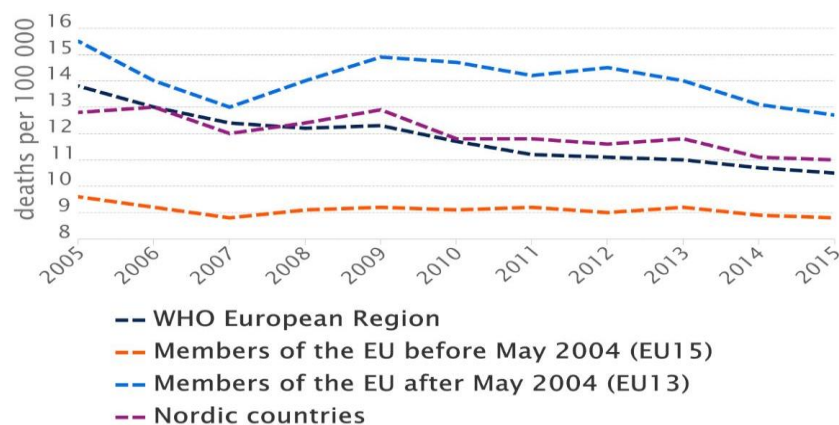
<sup>67</sup> Erihoolekande arengukava aastateks 2014–2020. (2014). Sotsiaalministeerium.

<sup>68</sup> Tallinna Vaimse Tervise Keskuse kliendiesindus on keskuse erinevate üksuste klientidest koosnev kaheks aastaks valitav esinduskogu, mille peamine eesmärk on esindada klientide huve ja läbi oma tegevuse tõsta keskuse teenuste kvaliteeti, klientide rahulolu teenustega ning asutuse tegevusega. Koosolekute protokollid säilitatakse asutuses, kuid ei ole avalikuks kasutamiseks.

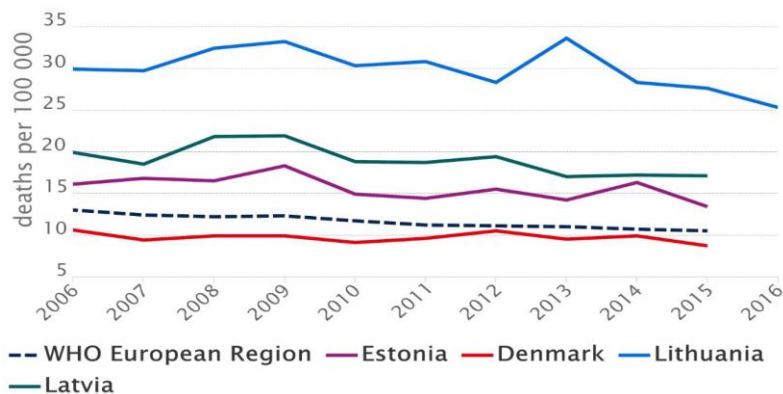
## Lisa 2. Psüühikahäirete esinemine Euroopas



**Joonis 1.** Psüühikahäiretesse haigestumine Euroopa regioonis aastatel 2005-2015  
Allikas: World Health Organization Database.



**Joonis 2.** Suitsiidide arv Euroopas aastatel 2005-2015  
Allikas: World Health Organization Database.



**Joonis 3.** Suitsiidide arv Balti riikides võrrelduna Põhjamaade madalaimaga -Taani  
Allikas: World Health Organization Database.

### Lisa 3. Ravi kättesaadavus Euroopas

**Tabel 1.** Psühhiaatrilise ja psühholoogilise ravi, sh haiglaravi kättesaadavus Euroopa riikides 100 000 elaniku kohta 2008 ja 2015

Vaimse tervis teenuste kättesaadavus	100 tuhande elaniku kohta			
Psühhiaatriline ja psühholoogiline ravi sh haiglaravi	Voodikohtade arv		Pöördumisi statsionaarsele ravile	Pöördumisi ambulatoorsele ravile
aasta	2008	2015	2008	2008
Taani	59	54	730	13 700
Eesti	57	55	1 150	16 888
Soome	85	61	900	26 077
Läti	161	126	835	9 890
Leedu	108	108	674	16 980
Norra	140	116	pole teada	22 200
Rootsi	48	45	1 200	6 000
Belgia	180	174	900	pole teada
Prantsusmaa	92	90	1 020	6 612
Saksamaa	113	128	1 240	pole teada
Iiri	79	35	543	19 726
Itaalia	11	10	758	1 090
Luxembourg	88	84	pole teada	pole teada
Holland	137	-	523	pole teada
Suurbritannia	63	46	829	4 169

\* Statsionaarsete ja ambulatoorsete pöördumiste arv aastal 2015 ei olnud kättesaadav.

Allikas: Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges (Petrea *et al.* 2008) ja European Health Information Gateway (2019) (autori koondatud).

#### Lisa 4. Sotsiaalkaitse põhiosade ülevaade, tervishoiu korralduse baasalused

Tabel 1. Sotsiaalkaitse põhiosade ülevaade ja tervishoiu korralduse baasalused

Riik	Tervishoiukorralduse baasalused ( <i>basics of health care</i> )
Norra	Peamiselt maksudest rahastatavad avalikud tervishoiuteenused kõikidele elanikele (Norra residentidele). Omavalitsuse või riigi vastutusel.
Rootsi	Maksudest rahastatavad avalikud tervishoiuteenused kõikidele elanikele (Rootsi residentidele). Piirkondlikul vastutusel. Süsteem on universaalne ja kohustuslik.
Taani	Maksudest rahastatavad universaalsed avalikud tervishoiuteenused kõikidele residentidele.
Soome	Avalik tervishoiuteenus kõigile kohalikele elanikele (Soome residentidele). Korraldatakse munitsipaaltasandil ja rahastatakse maksudest ning patsiendi tasudest. Erasektori tervishoiuteenused täiendavad avaliku sektori tervishoiusüsteemi. Erasektori tervishoiuteenuseid rahastatakse osaliselt ka üldisest ravikindlustusest. Väljamakseid tehakse osaliselt kindlustatu enda poolt tehtud kindlustusmaksete alusel ja osaliselt rahastab riik (50/50 põhimõte).
Eesti	Kohustuslik sotsiaalkindlustusskeem kõigile majandustegevusega tegelevatele isikutele (töötajad ja füüsilisest isikust ettevõtjad); suur hulk hõivatuselt mitteaktiivseid elanikke on kaetud solidaarsuse alusel (nt kõik lapsed ja pensionärid) või riigi poolt nende nimel tehtud sisse maksetega. Süsteem pakub/tagab mitterahalised hüvitised.
Läti	Maksudest rahastatud tervishoiusüsteem kõigi elanike jaoks (Läti residentidele). 2019 aastal viiakse sisse uued olulised muudatused. Erasektori tervishoiuteenused täiendavad avaliku sektori süsteemi.
Leedu	Erakorraline meditsiiniabi on tagatud kõigile elanikele. Ülejäänud tervishoiuteenused on tagatud isikutele, kellel on tervisekindlustus (peamised kulud on kindlustusega kaetud). Inimesed, kes ei maksa kohustuslikke tervisekindlustusmaksid, pole ka riigi poolt teenustega kaetud ja peavad oma ravikulud ise hüvitama. On kehtivad regulatsioonid patsientide tervisele tekitatud kahjude hüvitamiseks. Tervishoiuasutused peavad kindlustama oma tegevuse tsiviilvastutuse korras võimalike kahjude hüvitamiseks patsientidele.

Allikas: Mutual Information System on Social Protection Comparative Tables Database (autori koondatud).

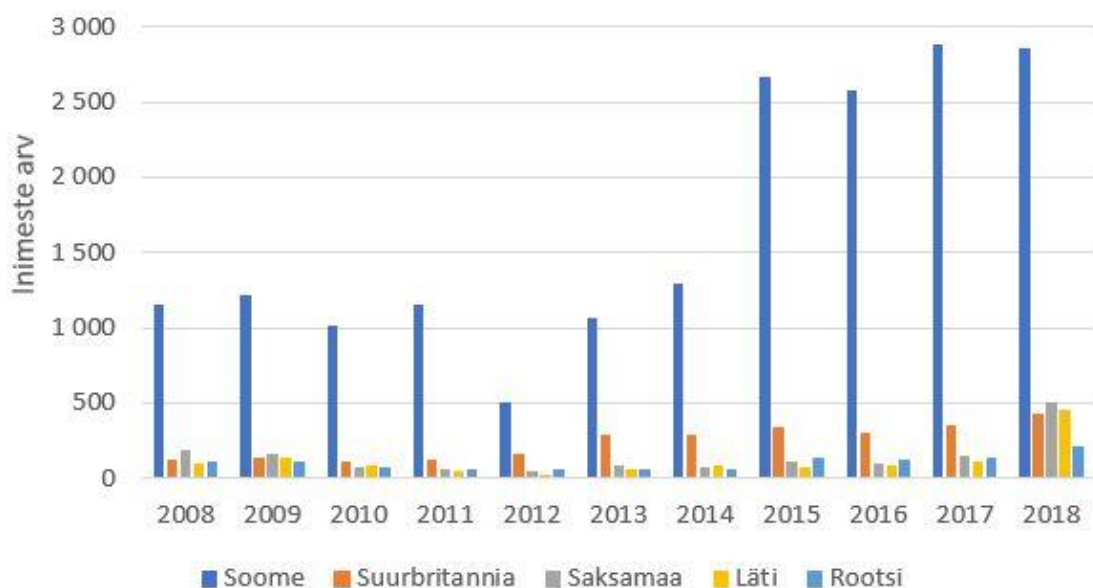
**Lisa 5. Regulatsioonid ja tegelik praktika vaimse tervise teenuste kättesaadavusel  
Euroopa riikides 2008**

**Tabel 1.** Regulatsioonid ja tegelik praktika vaimse tervise teenuste kättesaadavusel Euroopa riikides 2008

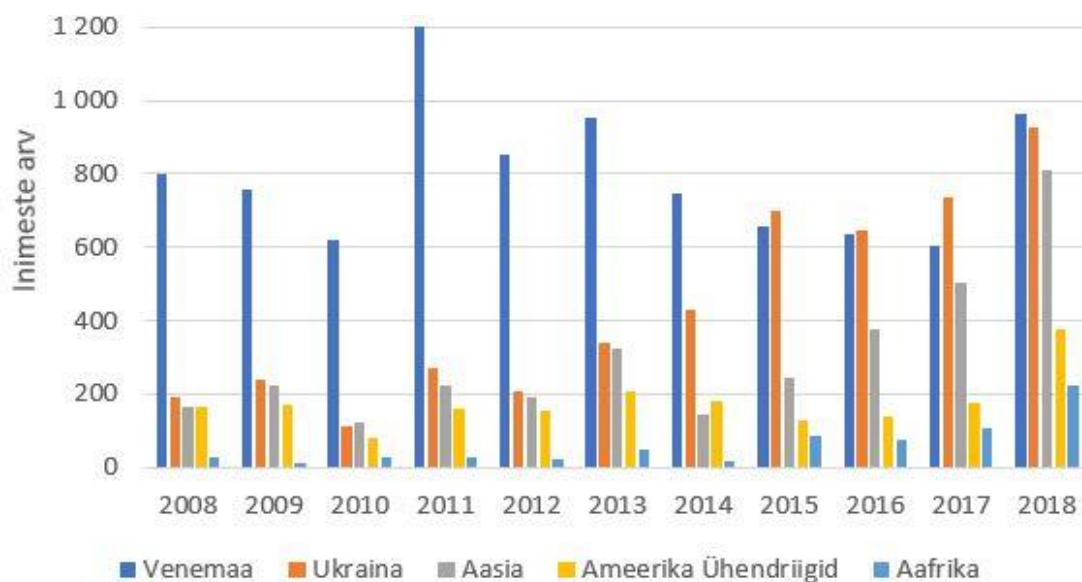
Vaimse tervis teenuste kättesaadavus	õiguslikud regulatsioonid			tegelik praktika		
Esmatasandi tervishoitudotajate sekkumistasandid	jah	ei	info puudub	jah	ei	info puudub
<b>Psüühikahäire tuvastamine</b>						
Kerge häire EL maad kokku	18	7	2	25	0	2
Kerge häire EL 15	10	5	0	15	0	0
Kerge häire EL alates 2004	8	2	2	10	0	2
Raske häire EL maad kokku	18	5	4	25	0	2
Raske häire EL 15	12	3	0	15	0	0
Raske häire EL alates 2004	6	2	4	10	0	2
<b>Diagnoosi panemine</b>						
Kerge häire EL maad kokku	18	6	3	24	1	2
Kerge häire EL 15	10	4	1	14	0	1
Kerge häire EL alates 2004	8	2	2	10	1	1
Raske häire EU maad kokku	11	9	7	16	7	4
Raske häire EL 15	7	7	1	11	3	1
Raske häire EL alates 2004	4	2	6	5	4	3
<b>Ravimine</b>						
Kerge häire EL maad kokku	19	6	2	25	1	1
Kerge häire EL 15	10	5	0	15	0	0
Kerge häire EL alates 2004	9	1	2	10	1	1
Raske häire EU maad kokku	10	11	6	15	7	5
Raske häire EL 15	7	8	0	13	2	0
Raske häire EL alates 2004	3	3	6	2	5	5

Allikas: Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges (Petrea *et al.* 2008) (autori koondatud).

## Lisa 6. Sisseränne Eestisse



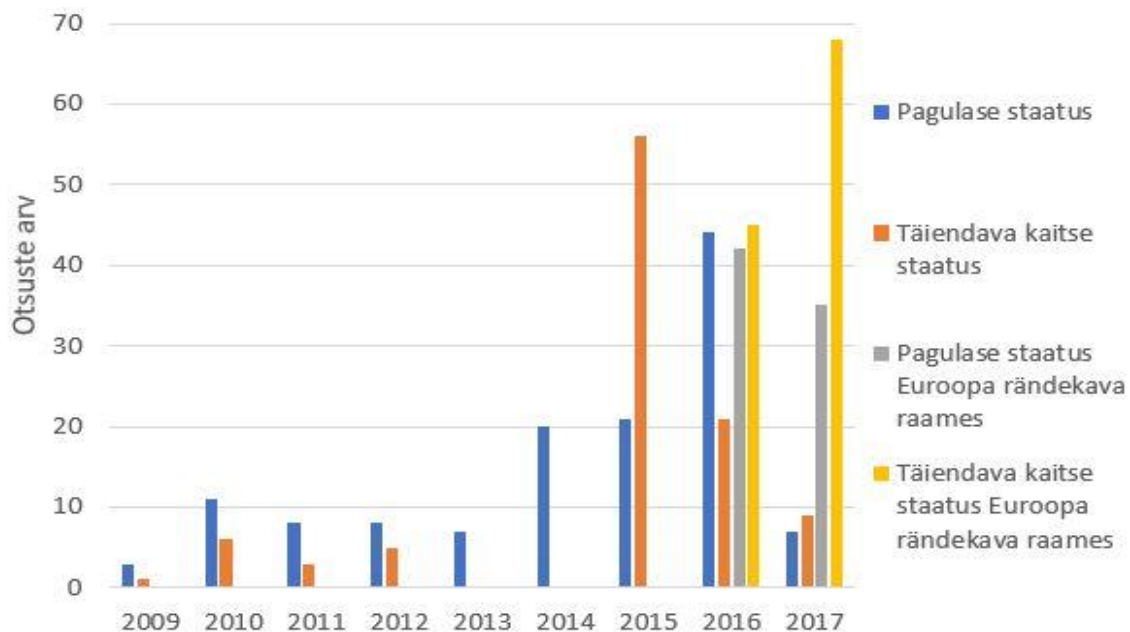
**Joonis 1.** Sisseränne Euroopa riikidest Eestisse, TOP 5, aastatel 2008-2018  
Allikas: Eesti Statistikaameti andmebaasid (autori koostatud).



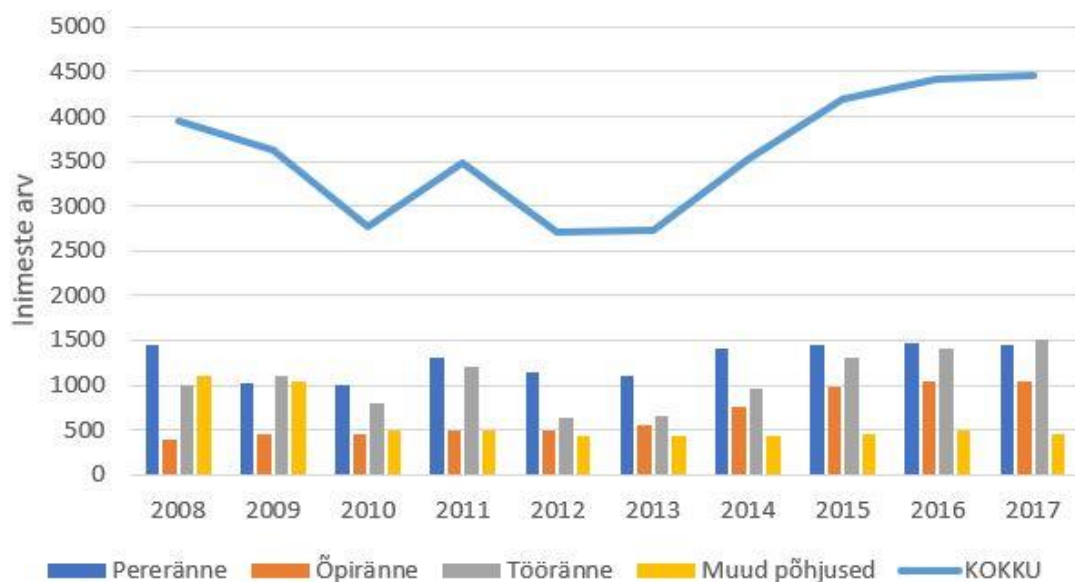
**Joonis 2.** Sisseränne kolmandatest riikidest Eestisse, TOP 5, aastatel 2008-2018  
Allikas: Eesti Statistikaameti andmebaasid (autori koostatud).



## Lisa 6. järg

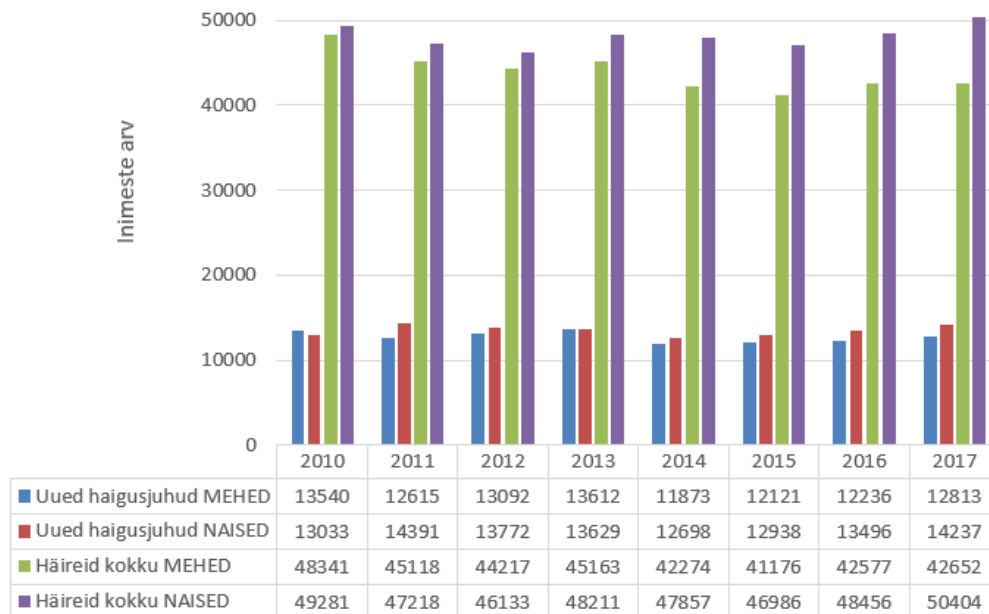


**Joonis 3.** Rahvusvahelise kaitse andmise otsused Eestis aastatel 2009-2017  
Allikas: Rände- ja kodakondsuspoliitika aastaraport 2018 (autori koostatud).



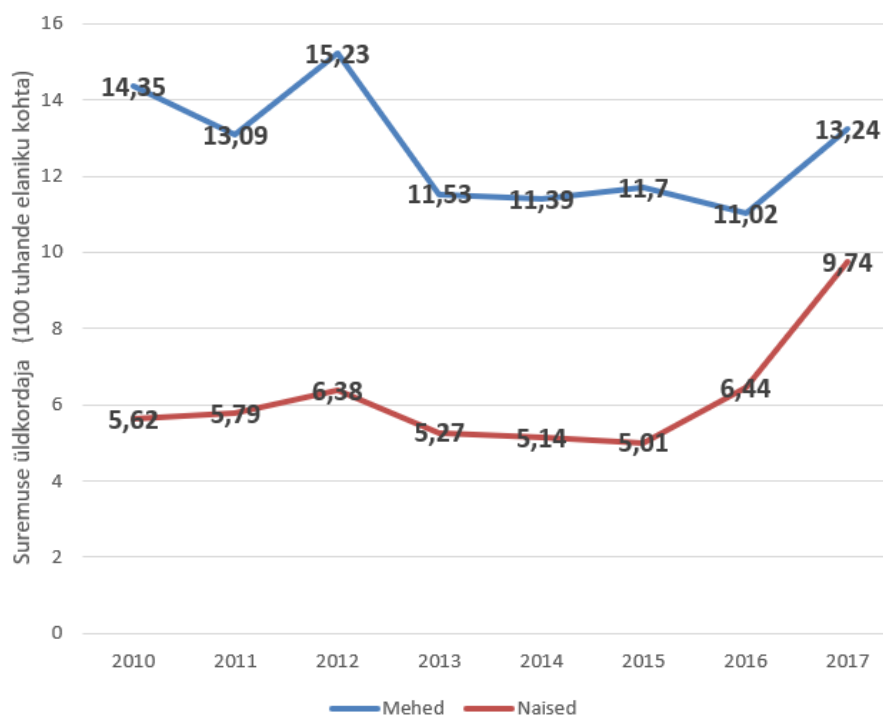
**Joonis 4.** Väljastatud elamisload põhjuste lõikes Eestis aastatel 2008-2017  
Allikas: Rände- ja kodakondsuspoliitika aastaraport 2018 (autori koostatud).

## Lisa 7. Vaimse tervise teenustega seotud indikaatorid



## Joonis 1. Psüühika- ja käitumishäirete esinemine Eestis 2010-2017

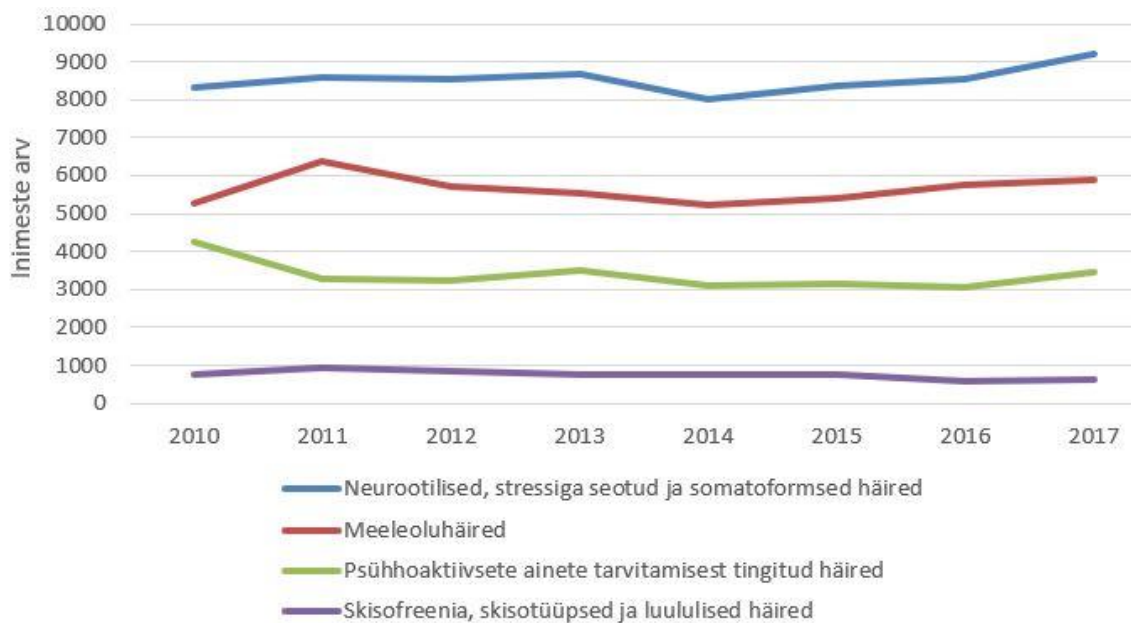
Allikas: Tervise statistika ja terviseuuringute andmebaas 2019 (autori koostatud).



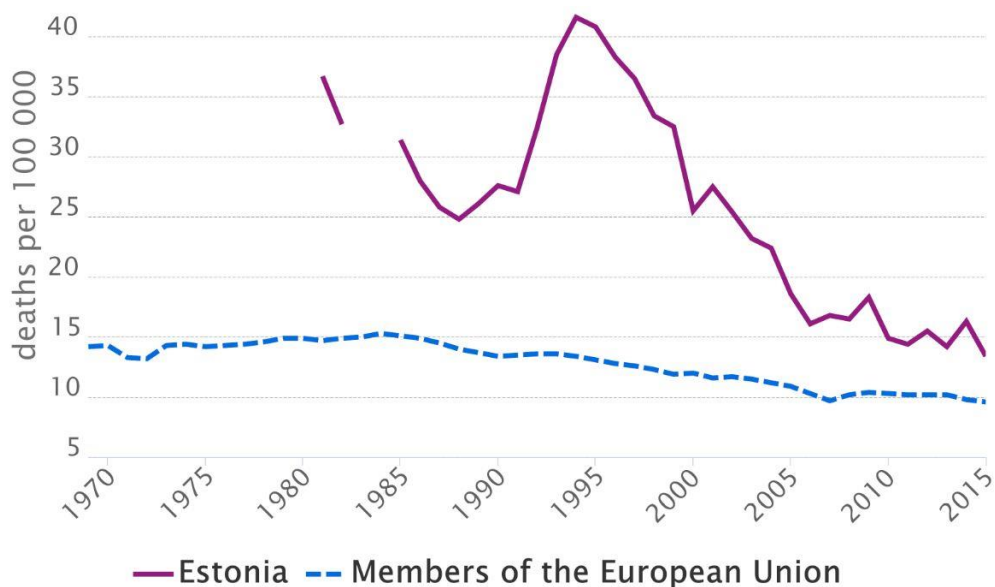
## Joonis 2. Psüühika- ja käitumishäiretest põhjustatud suremuskordaja aastatel 2010-2017

Allikas: Tervise statistika ja terviseuuringute andmebaas 2019 (autori koostatud).

## Lisa 7. järg



**Joonis 3.** Psüühika- ja käitumishäirete esinemine diagnooside järgi aastatel 2010-2017  
Allikas: Eesti Statistikaameti andmebaasid



**Joonis 4.** Suitsiidide esinemine Eestis võrrelduna Euroopa keskmisega kuni aastani 2015  
Allikas: World Health Organization Database.

## Lisa 8. Vaimse tervise valdkonna institutsionaalne kokkupuutumus Eestis

Funktsioon / valdkond	Terviseala	Tööala	Sotsiaalaala
Vaimse tervise poliitikate elluviimise juhtimine	Sots.min	Töötukassa (TK)	KOV
Sihtrühmade teavitust	Ravimiamet	Sots. min	Sots. Tervise Arengu Instituut SKA
Meetmete administreerimine	Haigekassa	Töötukassa (TK)	Sotsiaalkindlustusamet
Teenuste osutamine	Riiklikud SA-d	Eraõiguslikud jur.isikud	Eraõiguslik jur.isikud Astangu kutserahab. keskus Riiklikud SA-d VAO ja Vägeva üksused
Järelevalve teostamine	Ravimi-amet	Terviseamet	Kohalikud omavalitsused (KOV)
		Tööinspeksioon	Sotsiaalkindlustusamet (SKA)

**Joonis 1.** Vaimse tervise valdkonna institutsionaalne kokkupuutumus Eestis, Eesti sotsiaalkaitse süsteemi korraldus aastal 2018

Allikas: Autori koostatud inspireerituna PRAXISE 2011. aasta Eesti sotsiaalkaitse süsteemi korralduse efektiivsuse analüüsist.

## Lisa 9. Ankeetküsitlusega edastatud küsimused

### ÜLDISED KÜSIMUSED ASUTUSE KOHTA

1. Kas teie asutus on (võib valida mitu vastusevarianti)
  - sotsiaalteenuseid pakkuv asutus
  - raviasutus
  - erihoolekandeteenuste pakkuja
  - rehabilitatsiooniteenuste pakkuja
  - muu (palun täpsustage) ....
2. Milliseid seadustes ettenähtud teenuseid teie asutus psüühilise erivajadusega inimestele osutab?
  - igapäevaelu toetamise teenus
  - töötamise toetamise teenus
  - toetatud elamise teenus
  - kogukonnas elamise teenus
  - ööpäevaringne erihooldusteenus
  - rehabilitatsiooniteenused
  - tugiisikuteenus
  - muu (palun täpsustage) ....
3. Milliseid täiendavaid teenuseid (sh tasulisi teenuseid) teie asutus psüühilise erivajadusega inimestele osutab?
4. Kui palju on teie asutuses psüühilise erivajadusega inimestega otsest klienditööd tegevaid töötajaid? (täistööajale ümberarvutatud töötajate arv).
5. Kui paljudel psüühilise erivajadusega inimestega otsest klienditööd tegevatel töötajatel on kõrgharidus? (kirjutage töötajate arv).
6. Kui paljudel psüühilise erivajadusega inimestega otsest klienditööd tegevatest töötajatest on erialane haridus/täiendkoolitus? (kirjutage töötajate arv).

### MILLISED ON ASUTUSE SENISED KOGEMUSED VÄLISMAALASTE TEENINDAMISEL?

**Kui palju välismaalastest psüühilise erivajadusega inimesi praegu teenindatakse ja kuidas on nende hulk aja jooksul muutunud.**

7. Kui palju on (on olnud) teie asutuses välismaalastest psüühilise erivajadusega kliente?

Aasta	2012	2013	2014	2015	2016
Välismaalastest psüühilise erivajadusega klientide arv aastas kokku					

**Milliseid teenuseid välismaalastest psüühilise erivajadusega klientidele pakutakse.**

8. Milliseid seadusega ettenähtud teenuseid olete pakkunud välismaalastest psüühilise erivajadusega klientidele?
- igapäevaelu toetamise teenus
  - töötamise toetamise teenus
  - toetatud elamise teenus
  - kogukonnas elamise teenus
  - ööpäevaringne erihoooldusteenus
  - rehabilitatsiooniteenused
  - tugiisikuteenus
  - muu (palun täpsustage) ....
9. Milliseid täiendavaid (sh tasulisi) teenuseid olete pakkunud välismaalastest psüühilise erivajadusega klientidele?
10. Millist muud abi on välismaalastest psüühilise erivajadusega kliendid veel vajanud?

**Millistes keeltes välismaalastest psüühilise erivajadusega kliente teenindatakse ja milline on teenuseosutajate valmidus võõrkeelsete klientide teenindamiseks?**

11. 12. Millistes keeltes välismaalastest psüühilise erivajadusega kliente teie asutuses teenindatakse ja ollakse valmis teenindama?

	Millistes keeltes teie asutuses praegu kliente teenindatakse?	Millistes keeltes on otsest klienditööd tegevad inimesed valmis välismaalastest klientidele teenust pakkuma?
eesti keeles		
vene keeles		
inglise keeles		
soome keeles		
rootsi keeles		
saksa keeles		
prantsuse keeles		
Muu ...		

13. 14. 15. Milliste keeltes teenindamise järele on olnud viimase viie aasta jooksul vajadus?

	Väike (alla 5 inimese)	Keskmine (6-10 inimest)	Suur (üle 10 inimese)
eesti keeles			
vene keeles			
inglise keeles			
soome keeles			
rootsi keeles			
saksa keeles			

prantsuse keeles			
Muu ...			

16. Kas olete teenuse osutamisel kasutanud tõlgi abi?

- a. jah
- b. ei

17. Mis võõrkeel(t)e puhul olete tõlki kasutanud?

- eesti keel
- vene keel
- inglise keel
- soome keel
- rootsi keel
- saksa keel
- prantsuse keel
- muu .....

18. Kas tõlgi kasutamine teenuse osutamisel on kaasa toonud probleeme? Palun kirjeldage.

19. Kas tõlgi kasutamine teenuse osutamisel on andnud häid tulemusi? Millist kasu olete kogenud?

20. Kui olete tõlki kasutanud, siis kes on tasunud tõlgi teenuse eest?

21. Palun nimetage, millise tõlkebüroo (tõlkija) teenuseid olete kasutanud.

**Kuidas on välismaalasest klient jõudnud teenusele, millistest allikatest ta on infot leidnud.**

22. Kuidas sai välismaalasest klient infot teie asutuse kohta?

- suunati teenusele.... (millise asutuse/spetsialisti poolt)
- leidis info asutuse kodulehelt
- leidis info asutuse Facebooki lehelt
- sai infot sõbra/tuttava/kolleegi käest
- muu .....

23. Kuidas turundatakse teie asutuse vaimse tervise teenuseid välismaalasest kliendile?

- a. asutuse kodulehel
- b. asutuse Facebooki lehel
- c. teavitustöö vaimse tervisega seotud üritustel (messid, infopäevad jms)
- d. infolehtede ja teiste paberkandjate kaudu
- e. muu (palun täpsustage) .....
- f. asutus ei ole huvitatud välismaalastest klientide teenindamisest ja neile eraldi teavitust ei teha

24. Milliseid allikaid soovitate välismaalasest kliendile info leidmiseks psüühilise erivajadusega inimestele osutatavate teenuste kohta?

25. Kas teile on teada mõni hea ja lihtsalt leitav infoallikas, kuhu on koondatud kogu Eestis toimiva välismaalastele suunatud sotsiaalse kaitse teave, milline see on?

**Millised positiivsed ja negatiivsed kogemused on kaasnenud välismaalaste teenindamisega.**

26. Milliseid hoiakuid olete kohanud oma töötajatel, kui nad peavad teenindama välismaalasest võõrkeelset klienti?

27. Mida positiivset on välismaalastest kliendid välja toonud seoses pakutavate teenustega?

28. Mida positiivset on välismaalastest kliendid välja toonud seoses neid teenindavate töötajatega?

29. 30. 31. Millised takistused on senise töö käigus ilmnenud välismaalastest klientide teenindamisel?

Töötajate tõstatatud takistused / probleemid	
Teenustega seotud takistused / probleemid	
Seadustest tulenevad takistused / probleemid	

32. Mida negatiivset on välismaalastest kliendid välja toonud seoses pakutavate teenustega?

33. Mida negatiivset on välismaalastest kliendid välja toonud seoses neid teenindavate töötajatega?

34. Milliseid takistusi ja probleeme näete tõlgi kaasamisel psüühilise erivajadusega inimestele teenuste osutamisel?

**Millistel juhtudel on tulnud ette, et Te ei ole saanud välismaalastest klientidele teenuseid osutada.**

35. Kas on olnud juhuseid, et teie poole pöördunud välismaalasele ei ole võimalik abi pakkuda? Mis põhjustel?

36. Kas olete keeldunud teenuse osutamisest välismaalasele? Mis põhjustel?

37. Kas olete välismaalastele soovitanud mõnda teist teenuse osutajat ja kui, siis keda?

38. Kas olete teinud võõrkeelse kliendi teenindamisel koostööd mõne teise teenuseosutajaga ja kui, siis kellega?



## **MILLISED ON ASUTUSE TULEVIKUPLAANID VÄLISMAALASTE TEENINDAMISEL?**

**Milliseks võiks kujuneda välismaalaste teenindamine tulevikus, millistes baaskeeltes võiks olla teenused tagatud, milliseid täiendkoolitusi oleks vaja töötajatele võimaldada.**

39. Millisel määral võib teie asutuses välismaalastest psüühilise erivajadusega klientide arv kasvada järgneva kolme aasta jooksul?
- jääb samaks
  - kasvab kuni 25%
  - kasvab kuni 50%
  - kahekordistub
  - kolmekordistub
  - enam kui kolmekordistub
40. Millisel määral võib teie asutuses kasvada järgneva viie aasta jooksul töötajate arv kes teenindavad välismaalastest psüühilise erivajadusega kliente?
- jääb samaks
  - kasvab kuni 25%
  - kasvab kuni 50%
  - kahekordistub
  - kolmekordistub
  - enam kui kolmekordistub
41. Millised keeled oleksid tulevikus teie arvates psüühilise erivajadusega inimeste teenindamisel hädavajalikud?
- eesti keel
  - vene keel
  - inglise keel
  - soome keel
  - rootsi keel
  - saksa keel
  - prantsuse keel
  - muu (palun täpsustage) .....
42. Kas näete tulevikus välismaalastele osutatavate teenuste puhul vajadust millegi täiesti uue järele ja mis see oleks?
43. Missuguseid eripärasid tuleks tulevikus psüühilise erivajadusega välismaalaste teenindamisel arvestada?
44. Milliseid täiendkoolitusi peate vajalikuks, et töötajad tuleksid välismaalaste teenindamisega paremini toime?
45. Kas praegu kehtivas õiguslikus raamistikus (seadused jt õigusaktid) tuleks midagi muuta seoses psüühilise erivajadusega välismaalaste teenusele saamisega ja neile teenuste osutamisega ning mis see oleks?

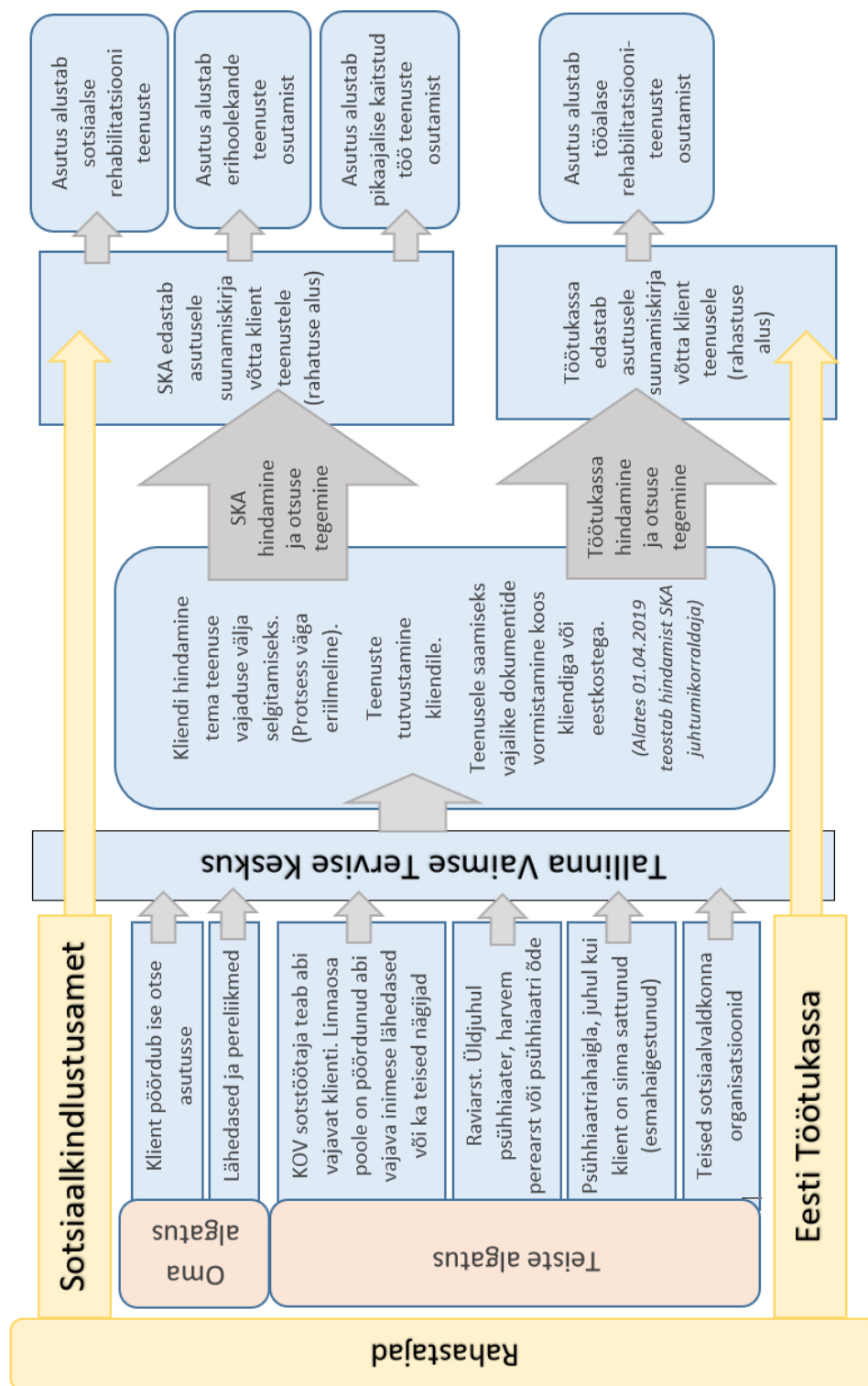
## **Lisa 10. Poolstruktureeritud intervjuu plaan/kava ja küsimused**

Intervjuud eritasandi teenuseosutajatega võõrkeelsetele klientidele.

Poolstruktureeritud intervjuudega käsitleti järgmisi teemasid/küsimusi:

- Millised on olnud senised probleemid teenuste kättesaadavuse osas võõrkeelsetele klientidele, kuidas neid on lahendatud?
- Milliseid teenuseid suudetakse täna pakkuda võõrkeelsetele klientidele?
- Millistes keeletes suudetakse teenindada ja millistes keeletes tegelikult tulevikus võiks olla teenused kättesaadavad?
- Kas tõlkide kaasamine on teema, on see täna kättesaadav, millised on tõlkide kaasamisel kitsaskohad ja kuidas võiks tõlkide kaasamine olla tulevikus tagatud?
- Millised probleemid võivad tulevikus võimenduda?
- Mis võib tulevikus osutuda probleemiks välismaalastele teenuste kättesaadavuse tagamisel?
- Kas ja kuidas tuleks kehtivat õigusraamistikku parendada?

## Lisa 11. Kliendi teenusele jõudmise protsess hoolekandetasutuses



**Joonis 1.** Kliendi teenusele jõudmise protsess hoolekandetasutuses  
Allikas: Tallinna Vaimse Tervise Keskuse näitel (autori koostatud).

## SUMMARY

### AVAILABILITY OF MENTAL HEALTH SERVICES FOR FOREIGNERS WITH PSYCHIATRIC DISORDERS IN ESTONIA

Tiina Tisler

The objective of this master's thesis is to make recommendations for improving the system across all service levels by analysing the issues related to the availability of mental health services for foreigners. The service levels in question are the treatment, welfare, primary healthcare and self-help. For this thesis, the Russian speaking population permanently residing in Estonia is not regarded as foreigners, since they have access to these services by and large. Also, any other problems people with mental disorders face, are not considered here.

To reach the objectives of this thesis, the following research tasks were set:

- To clarify the principles of social protection in Europe and Estonia. To identify the states' obligations in helping people, including foreigners with mental disorders.
- To analyse how the European countries have ensured that the services for foreigners with mental disorders would be available and what are the experiences of other countries in terms of the shortcomings they have witnessed with this particular target group in the view of access to services.
- To establish what services are offered for foreigners with mental disorders in Estonia, the service providers' level of preparedness to serve foreign clients, to find out in what languages they are capable of providing these services, and what, in their estimations, are the languages that will be required to provide the service in the future.
- To find the main barriers in making mental health services available for foreigners in the view of the services, the staff and regulatory challenges.

- To formulate recommendations in response to the problems identified, that would make proper care available for foreigners.

Globally, about 45 million people suffer from mental disorders, 10% of them are adults with psychiatric illnesses, and 25% of the population have experienced mental problems at some point in their lives, while only 40% of the cases are diagnosed and treated. In Europe, 38.2% of the adult population (aged 18-65) suffers from mental disorders, but only 26% of them have sought professional help. The main burden in Europe arises from mental and behavioural disorders (depression, anxiety).

Isolation in society, alienation and increasing stigmatisation are the primary reasons why people with mental disorders find it increasingly difficult to participate in society and cope with their daily lives. The condition is costly for both the individual and their close ones (family, friends, colleagues and other) and a burden to the society as a whole, including the care and social system. Mental disorders bring about long-term economic implications. Although it is not possible to clearly define or measure all the costs, they are interrelated through several influencing factors.

Neither the social status, income, cultural background, ethnic principles, nor the place of residence of a person should determine or have an impact on the access to mental health services. The number of refugees and asylum seekers in Europe is growing yearly, free movement of labour has also intensified between the countries. Ethnic minorities experience cultural and language-related barriers in association with mental health services, which in turn inhibit access to information. Bearing that in mind, essential aspects in terms of access to services, are the opportunity to use interpretation, but also the competences of staff, and attitudes they display in their work with foreigners. In Europe, no systems are in place for mapping and documenting the mental health services for migrants, or any relevant interventions. The availability of mental health services for foreigners varies from country to country. It is only possible to provide high-quality mental health services if they are provided in a language the client understands.

Ninety-two thousand psychiatric cases have been diagnosed in Estonia over the past decade, including about 26,000 new cases. The most common diagnoses relate to neurotic and stress disorders, followed by mood disorders and disorders caused by abuse of

psychotropic substances. The actual incidence is higher, but people avoid discussing personal problems with anyone. After Estonia regained its independence in 1991, the need for psychiatric services has been on the rise, mainly due to a higher incidence of mood and anxiety disorders, psychiatric disorders caused by alcohol abuse and severe depression. Over the past few years, we have witnessed a subtle but stable increase of diagnosing psychiatric disorders, which is mainly a result of higher attention given to one's mental well-being, and also willingness to seek professional help.

The empirical part focuses on identifying issues of availability of mental health services for foreigners across service levels. The main inputs for the empirical part are a questionnaire for the welfare service providers and semi-structured interviews with service providers at the level of specialised care. The welfare services system is illustrated by the functioning model of Tallinn Mental Health Centre. The domain of mental health needs quite a few changes in order to cater for the unmet needs and to provide adequate and appropriately designed services. The key conclusions and recommendations for improvements are summarised below.

Availability of information is of critical importance to be able to navigate the mental health system. The scattered information has to be reorganised to make it easily accessible, comprehensible, easy to use and available in the most relevant languages, which also means the service application forms and templates.

Solving problems linked to language and interpreting ensures better social protection for migrants. The key is to make the services accessible in the (foreign) language best understood by the migrant. Information about service providers who speak a foreign language has to be available and cross-usable. Such information should include details of physicians, welfare workers, social workers at the local government and crisis and rescue services staff with language skills, but also interpreters.

The quality of interpreting services is paramount in the context of mental health services; thus, it has to be well-considered which services are funded and for how long. The element of interpreting/translating has to be born in mind for the pricing of mental health services provided at the regulated and funded service levels. Therefore, it has to be included in the costs of state-provided services. The funding meant for

interpreting/ translating services for refugees can be used to cover the costs for a third party, but the service providers are not aware of such opportunity, which is why this kind of information must be adequately communicated. Using interpreting for long term treatment and support services is complicated because it prevents delivering the best possible care. Services for which interpreting is needed can be provided in situations that require prompt intervention, but not over a longer term.

Availability of services for foreigners is unsatisfactory because of the lack of specialists who would speak the necessary languages. Services are available in the Estonian, Russian and English languages, and to a small degree also in Latvian in South-Estonia. Over the recent years, need for Finnish, Swedish, German and French has also arisen. Arabic languages are also wanted in the view of refugees because migrants often do not even speak or understand English. Services must be made available in a more efficient way by creating a network that would allow for initial counselling over the phone in several languages. The use shall be made of psychologists and psychiatrists who could provide a call-based service in a foreign language. A 24/7 call centre shall be set up and integrated with an efficient interpreting service. What also emerged, was the need for a day centre for foreigners. The centre should focus on providing a multilingual environment that would allow for cultural and ethnic differences and ensure support services of sound level. Community and voluntary services have to be advanced in Estonia. State measures (regulations, partial funding) should be in place to stimulate the development of the mentioned services in society.

The staff and their education are essential for ensuring the quality of services. There are not enough new activities instructors and support persons entering the labour market, and those working today tend to leave the system. The state should take steps to bring back those who have left the system and attract new professionals to this field. Overarching education should continuously be provided in order to ensure a more consistent level of quality and help the service providers at the level of specialised care to exchange more information. The language skills of staff need more attention. More focus shall be put on training self-help and peer-counselling professionals as well as the availability of their services. The service of peer-counselling should receive permanent funding from the state.

To improve the system, it is necessary to relocate the diagnosing and treatment of people with mental disorders to the level of general practitioners. Apparently, the GPs are not very keen on working with foreigners because their practice lists are full, and the capitation fee does not include the necessary cost components. The capitation fee system and cost models of GPs must be revisited, keeping in mind the specificities of providing services for foreigners. Guidelines on the composition of the services shall be developed for general practitioners, continuous training for diagnosing and treating psychiatric disorders shall be provided. Information about support services must be made available for primary health care providers.

Collaboration between the institutions working with foreigners shall be improved. Several activities overlap, and the role of the third sector is weak. In the view of foreign clients, evaluation of mental health status should be a compulsory element of the health examination.

All levels of care shall focus on the early detection of mental health problems, and integrate them with health care and social services. Psychological help shall be made available for foreigners because, as the interviews at the treatment level revealed, foreign clients are not given appointments (no such obligation exists). As for support services, the need for psychiatric evaluation no longer exists, since the task of the evaluation was assigned to case managers, i.e. officials whose capacity to evaluate is low and reduced to a questionnaire, which is time-consuming and not easily comprehensible. The providers of support services carry some of the burdens of pre-evaluating the need for services (the potential provider of support services accompanies the client during the visit to a case manager). The established system is not sustainable and nor is it fairly funded, as such, in the view of the service providers.

The services should be made more efficiently available in local municipalities. Of all the services provided by the local government, the service of support persons targeted at people with special psychiatric needs is in the highest demand, but inadequate funding and shortage of professionals block its availability. The social protection system must be made more efficient in the view of providing services for foreign clients through collaboration between the actors (e.g. The Estonian Social Insurance Board and the Unemployment Insurance Fund), including reviewing the information sharing,



overlapping activities and also revisiting the newly rearranged functions (case managers), because practitioners were not consulted with during the first round of changes.

Providing services for foreigners is a new theme in the field of mental health, and the majority of service providers have not yet given it much thought at all. This thesis contributed to grasping the extent of the problem, and there is ground to think that the questionnaire and interviews draw more extensive attention to the topic and provide food for thought. The thesis brings value by having its objective and the initial approach paving the way for a broader exploration of the topic of foreigners and their access to mental health services. Future analysis of this topic can cover the various service providers at the level of specialised care, social welfare institutions and their collaboration with one another, the current situation in the view of foreigners and also seek answers to the questions of if and how a foreigner can, in fact, reach these services. In terms of the support services, an in-depth analysis of the topic can be conducted, but also of the professionals, their education and needs for training; furthermore, their relevance can be looked into with an emphasis on foreign clients and their pertinent specificities. An entirely distinct problem area has to do with the Russian speaking population in Estonia – their rights and opportunities to receive mental health services in comparison to foreigners in Estonia. It is also necessary to further examine the costs and funding principles, including developing the current cost models of providing services for foreigners.

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Tiina Tisler,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose

### **VAIMSE TERVISE TEENUSTE KÄTTESAADAVUS PSÜÜHIKAHÄIRETEGA VÄLISMAALASTELE EESTIS**

mille juhendaja on dotsent Kaia Philips,

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Tiina Tisler

**21.05.2019**